ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្ដីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី ៤ ឆ្នាំ២០១៥

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែកនិងកាមរោគ

មាតិកា

អារម្ភកថា **១៧**

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ **១៨**

បញ្ជីរាយនាមសមាជិក ក្រុមស្នូលការងារ បច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និង ព្យាបាល ដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និង ក្មេងជំទង់ នៅ ព្រះរាជាណាចក្រ កម្ពុជា **១៩**

ពាក្យបំព្រួញ **២០**

សេចក្តីផ្តើម **២២**

ជំពូក ១. ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍ **២៦**

១.១ ចំណុចគន្លឹះ ២៦

១.២ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ ២៦

១.៣ ការបង្ករោគ និងការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍ ២៨

១.៣.១ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ (Acute infection) *២៩*

១.៣.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកក្នុងរយៈពេលសម្ងំ(Clinical latency) *២៩*

១.៣.៣ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ *៣០*

១.៤ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ ៣០

១.៤.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃបុគ្គលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ *៣០*

១.៤.២ មូលហេតុនៃការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក *៣១*

១.៤.៣ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅដំណាក់កាលដំបូង៖ រោគសញ្ញាគ្លីនិក *៣១*

១.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាំរ៉ៃ៖ ស្ថានភាពសុខភាព អាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4 .... *៣២*

១.៥ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ៣៤

១.៦ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៣៤

១.៦.១ គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ *៣៥*

១.៦.២ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមបញ្ចូលគ្នា *៣៥*

១.៦.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការ (TasP) *៣៦*

១.៦.៤ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) *៣៧*

១.៦.៥ ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP) *៣៧*

១.៦.៦ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជា *៣៨*
ជំពូក ២. កម្មវិធីពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល **៤១**
២.១ កម្មវត្ថុនៃការមកពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានឆាប់បំផុត ៤១
២.២ កម្មវត្ថុនៃការពិគ្រោះជំងឺ ក្រោយពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៤១
២.៣ ពេលវេលានៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ៤២
ជំពូក ៣. ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ **៤៩**
៣.១ ផែនការក្នុងការមានគភ៌ ៤៩
៣.២ ការពន្យាកំណើត ៤៩
៣.៣ ការពន្យាកំណើតជាបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រី កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ៤៩
៣.៤ ផ្តល់ការគាំទ្រស្ត្រី ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដានកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ៥០
ជំពូក ៤. ក្មេងជំទង់ **៥១**
៤.១ រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ សម្រាប់ក្មេងជំទង់ ៥២
៤.២ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម ៥៤
៤.៣ បញ្ហាដោយឡែក ដែលត្រូវដោះស្រាយចំពោះ ក្មេងជំទង់ ៥៥
៤.៣.១ ការបើកចំហាពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ *៥៥*
៤.៣.២ សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ *៥៦*
៤.៣.៣ ក្មេងជំទង់ និងការមកទទួលសេវាឱ្យបានជាប់លាប់រហូត *៥៦*
៤.៤ បញ្ហារោគសញ្ញាគ្លីនិក នៃការថែទាំនិងព្យាបាលក្មេងជំទង់ ៥៧
ជំពូក៥ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម **៥៩**
៥.១ ការព្យាបាលបង្ការជាបឋមដោយឱសថ COTRIMOXAZOLE ៥៩
៥.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ COTRIMOXAZOLE ៦០
៥.៣ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ COTRIMOXAZOLE បើកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬកើតជំងឺរបេងសកម្ម ៦០
៥.៤ ការហាមប្រើប្រាស់ឱសថ COTRIMOXAZOL ៦០

៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ COTRIMOXAZOLE ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ស្ត្រីបំបៅដោះកូន ៦១
៥.៦ អន្តរកម្មឱសថ ៦១
៥.៧ ការតាមដាន ៦១
៥.៨ ប្រតិកម្ម HYPERSENSITIVITY នៃឱសថ COTRIMOXAZOLE ៦២
៥.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់ ៦២
៥.១០ ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ COTRIMOXAZOLE សម្រាប់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាល សារជាថ្មី ៦៣
៥.១១ ការបង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម COTRIMOXAZOLE ចំពោះអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ ៦៤

ជំពូក ៦ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និង ការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការដោយ ឱសថ ISONIAZID (IPT) ៦៥

៦.១ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងសកម្ម ៦៥
៦.២ ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល រូបមន្តព្យាបាល និងរយៈពេលព្យាបាល IPT ៦៦
៦.៣ កម្រិតដូស និងរយៈពេលព្យាបាល IPT ៦៧
៦.៤ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ៦៧
៦.៥ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាល IPT ដល់អ្នកជំងឺ ៦៨
៦.៦ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៅពេលកំពុងព្យាបាល IPT ៦៨
៦.៧ តាមដានមុខងារថ្លើម នៅពេលដើមគ្រា និង នៅពេលកំពុងព្យាបាល IPT ៦៨
៦.៨ បញ្ឈប់ការព្យាបាល IPT ៦៩

ជំពូក ៧ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកមេរោគ CRYPTOCOCCUS និងការព្យាបាលបង្ការ ៧០

៧.១ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ CRYPTOCOCCUS បឋម និងការធ្វើតេស្តរក CRAG ៧០
៧.២ ការព្យាបាលបង្ការបឋមដោយឱសថ FLUCONAZOLE ៧១
៧.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ CRYPTOCOCCAL ANTIGEN (CRAG) ៧១

ជំពូក ៨. ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៤

៨.១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៧៤
៨.២ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៧៥
៨.២.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ .... ៧៥
៨.២.២ ករណី Contraindications ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១: TDF + 3TC + EFV ៧៦

៨.៣ កម្រិតដូសឱសថ Efavirenz ៧៦
៨.៤ ជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងឱសថជួរទី១ AZT + 3TC FDC (+ NVP ឬ EFV) ៧៧
៨.៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយម ៧៨
៨.៦ បញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ការព្យាបាលជំងឺ ឱកាសនិយម ៧៩

ជំពូក ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS) ៨០

៩.១ បរិបទចំបងដែល IRIS អាចកើតឡើង ៨០
៩.២ ការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាល IRIS ៨១

ជំពូក ១០. ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ ៨៣

១០.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកើតមានជាញឹកញាប់ ៨៣
១០.២ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ៨៣
១០.២.១ អាស៊ីតឡាក់ទិក ៨៣
១០.២.២ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Abacavir ៨៥
១០.២.៣ រលាកលំពែង ៨៥
១០.៣ ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៨៦
១០.៣.១ ការពុលតម្រងនោមបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ Tenofovir ៨៦
១០.៣.២ ការពុលឈាម (Hematological toxicity) ៨៨
១០.៣.៣ ការពុលថ្លើម ៨៨
១០.៣.៤ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩០
១០.៤ ផលលំបាករយៈពេលយូរនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩២

ជំពូក ១១.តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩៨

១១.១ ការតាមដានវីរុសសាស្ត្រ ៩៨
១១.២ ការតាមដានភាពស៊ាំ ៩៨
១១.៣ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ៩៩

ជំពូក ១២. ការគ្រប់គ្រងភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍. ១០៤

១២.១ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត VIRAL LOAD មានមេរោគអេដស៍ច្រើនអាចរកឃើញ (DETECTABLE) ១០៤

១២.២ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ..... ១០៦
១២.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១០៧
១២.៤ បរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី២ ..... ១១០
១២.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ (SALVAGE REGIMENT) ១១១

ជំពូក ១៣. ជំងឺរបេង ១១៤

១៣.១ ចំណុចគន្លឹះ ១១៤
១៣.២ សេចក្តីផ្តើម ១១៤
១៣.៣ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ១១៥
១៣.៣.១ ចំណាត់ថ្នាក់ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង (DR- TB) ១១៥
១៣.៣.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ១១៦
១៣.៣.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស៊ាំឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ១១៦
១៣.៤ ជំងឺរបេងនៅកម្ពុជា ១១៦
១៣.៥ ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរបេង និងអេដស៍ ១១៧
១៣.៦ យុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅកម្ពុជា ១១៧
១៣.៧ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និង អ្នកជំងឺអេដស៍ ១១៨
១៣.៨ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត លើអ្នកផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ១១៩
១៣.៨.១ ជំងឺរបេងសួត ១១៩
១៣.៨.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត ១២១
១៣.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត ១២៥
១៣.៩.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង រួមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២៦
១៣.៩.២ ជំងឺរបេង- អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២៧

ជំពូក ១៤. ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម ១២៩

ជំពូក ១៥. ជំងឺ PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA (PCP) ១៣២

ជំពូក ១៦. ជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១៣៦

១៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៣៦
១៦.២ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១៣៦

១៦.២.១ ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង (LP) ១៣៧
១៦.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញ នៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១៣៧
១៦.៣ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១៣៨

ជំពូក ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ CRYPTOCOCCUS (CM) ១៣៩

១៧.១ ចំណុចគន្លឹះ ១៣៩
១៧.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៣៩
១៧.៣ រោគវិនិច្ឆ័យ ១៤០
១៧.៤ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគ CRYPTOCOCCUS ១៤០
១៧.៤.១ ការព្យាបាលនៅពេលមាន CRAG វិជ្ជមាន តែឯកឯង (IPCA) ១៤២
១៧.៤.២ អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១៤៤
១៧.៤.៣ ឱសថ Fluconazole នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ និងពុលថ្លើម ១៤៥
១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ/ស្ត្រីបំបៅដោះកូន ១៤៥
១៧.៤.៥ ការលេចចេញ IRIS បង្កដោយ Cryptococcus ១៤៦

ជំពូក ១៨. ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ TOXOPLASMA ១៤៧

១៨.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៤៧
១៨.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៤៧
១៨.៣ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក ១៤៨
១៨.៤ ការព្យាបាលស្តង់ដា ១៤៨
១៨.៥ តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ១៤៨
១៨.៦ ការព្យាបាលបង្ការទី២ .... ១៤៨

ជំពូក ១៩. ជំងឺ CYTOMEGALOVIRUS (CMV) ១៤៩

១៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែកបង្កដោយ CMV ១៤៩
១៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៤៩

ជំពូក ២០. ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិក (DEMENTIA) ១៥០

២០.១ រោគវិនិច្ឆ័យ: HAND គឺជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោល ១៥១
២០.២ វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៥១
២០.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ១៥៣
២០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៥៣

ជំពូក ២១. ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (PERIPHERAL NEUROPATHY)........................... ១៥៤

២១.១ មូលហេតុនៃជំងឺ PN... ១៥៤

២១.២ ការបង្ការជំងឺ PN.. ១៥៤

២១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៥៤

២១.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៥៤

ជំពូក ២២. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B.. ១៥៧

២២.១ ទំនាក់ទំនងរវាង មេរោគអេដស៍ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B.................................. ១៥៧

២២.២ ការចម្លង និងការបង្ការការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B.. ១៥៧

២២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B.. ១៥៨

២២.៤ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងប្រវត្តិន៍ធម្មជាតិជំងឺរលាកថ្លើម ថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ.. ១៥៨

២២.៥ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B.. ១៦០

២២.៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងមេរោគ អេដស៍ ១៦១

ជំពូក ២៣. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C.. ១៦២

២៣.១ ទំនាក់ទំនងរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ១៦២

២៣.២ ការចម្លងនៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការបង្ការការចម្លង ១៦២

២៣.៣ ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក.. ១៦២

២៣.៤ រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C... ១៦៣

២៣.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និង ជំងឺអេដស៍.. ១៦៤

ជំពូក ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ... ១៦៥

២៤.១ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៦៥

២៤.២ ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ.. ១៦៥

២៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ... ១៦៥

ជំពូក ២៥. ជំងឺមាត់ធ្មេញ ១៦៩

ជំពូក ២៦. ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ (ODYNOPHAGIA)... ១៧១

២៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ... ១៧១

២៦.២ ការព្យាបាលជំងឺរលាកបំពង់អាហារ.. ១៧២

២៦.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៧២
២៦.៤ភ្នាក់ងារប្រឆាំងពពួកផ្សិត និង ការមានផ្ទៃពោះ/ការបំបៅដោះកូន ១៧៣

ជំពូក ២៧. ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ (ABDOMINAL PAIN) ១៧៤

ជំពូក ២៨. ជំងឺរាករូស (DIARRHEA) ១៧៥

២៨.១ និយមន័យ ១៧៥
២៨.២ ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ ១៧៥
២៨.២.១ មូលហេតុ ១៧៥
២៨.២.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាករូសស្រួចស្រាវ ១៧៥
២៨.៣ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ១៧៧
២៨.៣.១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៧៧
២៨.៣.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៧៧

ជំពូក ២៩. ជំងឺគ្រុនពោះវៀន ១៧៩

២៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺគ្រុនពោះវៀន ១៧៩
២៩. ២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៧៩
២៩. ៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា ១៧៩
២៩. ៤ ការព្យាបាលបង្ការទី២ .... ១៨០

ជំពូក ៣០. ជំងឺសើស្បែក ១៨២

៣០. ១ ចំណុចគន្លឹះ ១៨២
៣០. ២ ប្រតិកម្មជាមួយឱសថ ១៨២
៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៨៣
៣០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៨៤
៣០.៥ ការបង្ករោគរាលដាលដោយលេចចេញនូវរោគសញ្ញាលើស្បែក ១៨៤
៣០.៥.១ ជំងឺផ្សិតរាលដាលបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក ១៨៥
៣០.៥.២ ជំងឺ Penicilliosis ១៨៥
៣០.៥.៣ ជំងឺ Histoplasmosis ១៨៦
៣០.៥.៤ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់ ១៨៧
៣០.៥.៥ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស ១៩០
៣០.៥.៦ ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត ១៩១
៣០.៥.៧ រោគថៃ (Scabies) ១៩២
៣០.៥.៨ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (Non infective skin lesions) ១៩៣

ជំពូក ៣១. ការបង្ករោគតាមផ្លូវបន្តពូជនិងកាមរោគ ១៩៩
៣១.១ ជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដាលើទ្វារមាស (VAGINAL CANDIDIASIS) ១៩៩
៣១.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក ១៩៩
៣១.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ១៩៩
៣១.៤ ការព្យាបាលស្តង់ដា ២០០
៣១.៥ ការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដានៅទ្វារមាស ២០០
ជំពូក ៣២. ជំងឺមហារីកបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍ ២០២
៣២.១ ជំងឺមហារីក NON-HODGKIN'S LYMPHOMA (NHL) ២០២
៣២.២ មហារីកមាត់ស្បូន ២០៣
ជំពូក ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ២០៦
៣៣.១ ចំណុចគន្លឹះ ២០៦
៣៣.២ និយមន័យនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ ២០៦
៣៣.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ ២០៧
៣៣.៣.១ ការវាយតម្លៃលើកដំបូង ២០៧
៣៣.៣.២ ការវាយតម្លៃទម្ងន់រាល់ពេល ពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ២០៨
៣៣.៤ ទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់: ការវាយតម្លៃ និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ២១០
៣៣.៥ ការឡើងទម្ងន់: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ២១២
៣៣.៦ ទម្ងន់ធម្មតា - ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង និងពេលមកពិនិត្យតាមដានជំងឺ ២១៣
៣៣.៧ អាហារ និងឱសថ ២១៣
៣៣.៨ អាហារូបត្ថម្ភ និង ការមានផ្ទៃពោះ ២១៤
៣៣.៩ ការរៀបចំ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ ២១៤
ជំពូក ៣៤. ជំងឺមិនឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២១៥
៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ ២១៥
៣៤.២ ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង៖ របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ ២១៥
ជំពូក ៣៥.ការឈប់ជក់បារី ២១៧
ជំពូក ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម (HYPERTENSION) ២១៨

៣៦.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺលើសសម្ពាធឈាមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២១៨
៣៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ២១៨

ជំពូក ៣៧. ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២ ...... ២២១

៣៧.១ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺ អេដស៍ ២២១
៣៧.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ២ និងជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ (IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE) ២២២
៣៧.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលមិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ ២២២
៣៧.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២ ...... ២២៣

ជំពូក ៣៨. ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (HYPERLIPIDAEMIA) ២២៥

៣៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ២២៥
៣៨.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (HYPERLIPIDAEMIA) ២២៥
៣៨.២.១ អន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ២២៦
៣៨.២.២ តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ២២៧

ជំពូក ៣៩. ជំងឺពុកឆ្អឹង (OSTEOPOROSIS) ២២៨

៣៩.១ កត្តាហានិភ័យជំងឺពុកឆ្អឹង ២២៨
៣៩.២ ការវាយតម្លៃ ២២៨
៣៩.៣ ការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង និងការបាក់ឆ្អឹង ២២៨

ជំពូក ៤០. ជំងឺតម្រងនោម ២២៩

៤០.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺតម្រងនោម ២២៩
៤០.២ របួសតម្រងនោមស្រួចស្រាវ ២៣០
៤០.២.១ របួសផ្នែកខាងមុខតម្រងនោមស្រួចស្រាវ ២៣០
៤០.២.២ របួសផ្នែកខាងក្រោយតម្រងនោមស្រួចស្រាវ ២៣១
៤០.២.៣ របួសតម្រងនោមខាងក្នុង ២៣១
៤០.៣ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ២៣២

៤០.៣.១ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្ដាលមកពីជំងឺលើសសម្ពាធ និង/ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ២៣២
៤០.៣.២ ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និង ជំងឺតម្រងនោម (HIV AN) ២៣២
ជំពូក ៤១. ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ២៣៤
ជំពូក ៤២. សុខភាពផ្លូវចិត្ត ២៣៤
៤២.១ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (DEPRESSION) ២៣៥
៤២.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២៣៥
៤២.១.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២៣៥
៤២.១.៣ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២៣៦
៤២.២ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់: ជំងឺផ្លូវចិត្ត និង ជំងឺផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ? ២៣៧
៤២.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានឥរិយាបថត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ ២៣៨
ជំពូក ៤៣. ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លង មេរោគអេដស៍ (PEP) ២៤១
៤៣.១ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ២៤១
៤៣.២ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅពេលបំពេញការងារ ២៤៤
៤៣.៣ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ ២៤៥
៤៣.៤ រូបមន្តព្យាបាល PEP ២៤៥
៤៣.៥ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគអេដស៍ ២៤៦
ឧបសម្ព័ន្ធ៤៤: តារាងចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិករបស់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២៥១
ឧបសម្ព័ន្ធ៤៥: ការណែនាំ អំពីការពិគ្រោះជំងឺ ២៥៣
ឧបសម្ព័ន្ធ៤៦ ជំងឺរបេង: រូបភាពនៃជំងឺរបេង/អេដស៍ ២៥៧
ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៧ ជំងឺតម្រងនោម ២៧០
ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៨ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ២៧៥
ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៩ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ២៧៦
ឧបសម្ព័ន្ធ ៥០ អំពី PEP ២៧៧
ឧបសម្ព័ន្ធ៥១ អំពីគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ២៨១
ឧបសម្ព័ន្ធ៥២ តារាងអំពី អន្តរប្រតិកម្មឱសថ របស់ WHO ២៨២
ឯកសារយោង ២៨៤

តារាង

តារាងទី១ -១ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ អត្រាមធ្យមនៃការប្រឈមមុខក្នុងដំណាក់កាលនៃការឆ្លង មេរោគអេដស៍ (average transmission risk per episode)....................២៦
តារាងទី១ -២ ស្ថានភាពសុខភាពនៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ផ្អែកតាមចំនួនកោសិកា CD4..៣៣
តារាងទី ២-១ កម្មវិធីមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ..៤៣
តារាងទី ២-២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ.......... ៤៤
តារាងទី ២-៣ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ ៤៤
តារាងទី ២-៤ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម ៤៦
តារាងទី ២-៥ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង.................. ៤៧
តារាងទី ៥-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្ដើមព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់រួមទាំង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ៦០
តារាងទី ៥-២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្ដាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole ៦២
តារាងទី ៥-៣ វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់... ៦៤
តារាងទី ៦-១ ការពិនិត្យគ្លីនិកស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង.. ៦៥
តារាងទី ៦-២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្ដើមការព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ Isoniazid (IPT)... ៦៦
តារាងទី ៧-១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole (ករណីគ្មានតេស្ត CRAG) ៧១
តារាងទី ៨-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ៧៤
តារាងទី ៨-២ រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍..................... ៧៥
តារាងទី ៨-៣ ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ៧៥
តារាងទី ១០-១ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ៩៣

តារាងទី ១១-១ ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើម/បន្ត និងបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 សម្រាប់តាមដាន ១០១
តារាទី១១-២ និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ស្របតាម WHO ១០៣
តារាទី ១២-១ រូបមន្តស្តង់ដា នៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២...... ១០៨
តារាងទី១៣-១ លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ ១២៣
តារាងទី១៣ -២ ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលរបេងរួមជាមួយការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ១២៦
តារាងទី១៣ -៣ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង ១២៧
តារាងទី១៤-១ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ១៣០
តារាងទី១៥-១ កម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole ផ្អែកតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺក្នុងការព្យាបាលជំងឺ PCP ១៣៣
តារាងទី១៦-១ បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង...... ១៣៧
តារាងទី១៦-២ ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ១៣៧
តារាងទី១៧-១ Amphotericin: របៀបប្រើប្រាស់ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ១៤៣
តារាងទី១៧-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ .. ១៤៤
តារាងទី២០-១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺវិកលចរិក ពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺអេដស៍...... ១៥០
តារាងទី២០-២ រង្វាស់អន្តរជាតិនៃជំងឺវិកលចរិកពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍ (IHDS) ...១៥២
តារាងទី២២-១ ការចម្លង និងការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B...... ១៥៧
តារាងទី២៤-១ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកជំងឺថ្លើមពុំរ៉ៃ...... ១៦៥
តារាងទី២៨-១ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺរាករូស ១៧៦
តារាងទី ៣០-១ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់ ១៨៧
តារាងទី៣០-២ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស ១៩០
តារាងទី៣០-៣ ការបង្ករោគសើស្បែកដោយពពួកផ្សិត...... ១៩១
តារាងទី៣០-៤ ការបង្ករោគដោយ Scabies ១៩២
តារាងទី៣០-៥ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង...... ១៩៣
តារាងទី ៣២-១ រោគសញ្ញានៃ NHL អាស្រ័យតាមកន្លែងបង្ករោគ...... ២០៣

តារាងទី៣៣-១ ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាមWHO ២០៨
តារាងទី៣៣-២ រោគសញ្ញាដែលជាគោលដៅ ក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបរិភោគអាហារមិន គ្រប់គ្រាន់ ២១១
តារាងទី៣៤-១ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការនិង គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ២១៥
តារាងទី៣៦-១ គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម របស់កម្ពុជា ២១៩
តារាងទី៣៦-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២២០
តារាងទី៣៧-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងភាពអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ ស្របតាម WHO ២២២
តារាងទី៣៧-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថ ព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២២៤
តារាងទី៣៨-១ អន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២២៦
តារាងទី៤០-១ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីស្រាវជ្រាវមុខងារតម្រងនោម ២២៩
តារាងទី៤២-១ កម្រងសំនួរសម្រាប់ស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ២៣៥
តារាងទី៤២-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២៣៦
តារាងទី៤២-៣ ការវែកញែក រវាងជំងឺវេជ្ជសាស្ត្រ ចេញពីជំងឺឆ្កួត ២៣៧
តារាងទី៤៣-១ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ និងកម្រិតមធ្យមនៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមដំណាក់កាល ២៤២
តារាងទី៤៣-២ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជន នៅកម្ពុជា ២៤៣
តារាងទី៤៤-១ ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ស្របតាម WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ) ២៥១
តារាងទី៤៥-១ ការណែនាំ អំពីការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង ២៥៣
តារាងទី៤៥-២ ការណែនាំអំពី ការពិគ្រោះជំងឺលើកទីពីរ និងនៅពេលតាមដានជាបន្តបន្ទាប់ ២៥៥
តារាងទី៤៧-១ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ២៧០
តារាងទី ៤៧-២ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង នៅពេល Cr Clearance < ៣០ mmol/min ២៧២

តារាងទី៥០-១ ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP របស់NCHADS..................... ២៧៧
តារាង៥២-១ អន្តរប្រតិកម្មសំខាន់ៗ នៃឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និងអនុសាសន៍សំរាប់ គ្រប់គ្រង..................... ២៨២

រូបភាព

រូបភាពទី១ -១ វដ្តនៃមេរោគអេដស៍ ២៩
រូបភាពទី១ -២ ប្រវត្តិធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ៣០
រូបភាពទី ២-១ ការវិវត្តិន៍គ្លីនិកនៃមេរោគអេដស៍ ៤២
រូបភាពទី ៦-១ គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ៦៦
រូបភាពទី ៧-១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ Cryptococcal Antigen..................... ៧៣
រូបភាពទី ១១-១ គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 .... ១០០
រូបភាពទី១១ -២ ការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន ១០២
រូបភាពទី១៥ -១ គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម ១៣៤
រូបភាពទី២២-១ ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមិនបានព្យាបាល.. ១៥៩
រូបភាពទី២៣-១ ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលមិនបានព្យាបាល .. ១៦៣
រូបភាពទី២៦-១ គំនូសបំព្រួញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ពេលលេប ១៧៣
រូបភាពទី២៧-១ គំនូសបំព្រួញអំពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឈឺចាប់ក្នុងពោះ ១៧៤
រូបភាពទី៣០-១ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានការឈឺចាប់..................... ១៩៥
រូបភាពទី៣០-២ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគ្មានការឈឺចាប់ រមាស់... ១៩៦
រូបភាពទី៣០-៣ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានរមាស់..................... ១៩៧
រូបភាពទី៣០-៤ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ ១៩៨
រូបភាពទី៣៣-១ វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺអេដស៍ ២០៧
រូបភាពទី៣៣-២ ចំណាត់ថ្នាក់ *BMI* ចំពោះកុមារ/ក្មេងជំទង់ ស្របតាម *WHO*..................... ២០៩
រូបភាពទី៣៥-១ ឧបករណ៍ផ្តល់ប្រឹក្សាជាជំនួយដល់បុគ្គលដែលចង់ឈប់ជក់បារីស្របតាម *WHO* ២១៧
រូបភាពទី៤៦-១ គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៥៧

រូបភាពទី៤៦-២ គំនូសបំព្រួញទី២៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ ២៥៩
រូបភាពទី៤៦-៣ គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៦០
រូបភាពទី៤៦-៤ គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរនៅពោះ ២៦១
រូបភាពទី៤៦-៥ គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួតលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៦២
រូបភាពទី៤៦-៦ គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ២៦៣
រូបភាពទី៤៦-៧ គំនូសបំព្រួញទី៧៖ គ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ២៦៤
រូបភាពទី៤៦-៨ គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz ២៦៦
រូបភាពទី៤៦-៩ គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ២៦៨
រូបភាពទី ៤៧-១ គំនូសបំព្រួញនៃការវាយតម្លៃ *Creatinine* ២៧៣
រូបភាពទី ៤៧-២ គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោម ដោយ *dipstick* ២៧៤
រូបភាពទី ៤៨-១ ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ ..... ២៧៥
រូបភាពទី៤៩-១ រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត ២៧៦
រូបភាពទី៥១ -១ គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការវាយតម្លៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ២៨១

អារម្ភកថា

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា គឺជាប្រទេសមួយក្នុងចំណោមបណ្តាប្រទេសក្នុងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិកខាងលិចដែលបានទទួលជោគជ័យក្នុងការឆ្លើយតបនឹងការរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ដោយបានធ្វើឱ្យថយចុះអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យអាយុពី១៥ ទៅ ៤៩ ឆ្នាំ ពី ១,៧ % នៅឆ្នាំ ១៩៩៨ មកនៅត្រឹម ០,៦ % នៅឆ្នាំ ២០១៥ ។ ការប៉ាន់ស្មាន បង្ហាញថាមានអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំនួន ៧០ ៨៨៥ នាក់ ក្នុងឆ្នាំ២០១៥។

គម្រោងថែទាំព្យាបាលបន្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ បានចាប់ផ្តើមតាំងពីឆ្នាំ ២០០៣។ ប្រទេសកម្ពុជាសម្រេចបាននូវទិសដៅនៃការទទួលបានសេវាជាសកលនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ គិតត្រឹមត្រីមាសទី១ ឆ្នាំ ២០១៦ មានអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំនួន ៥៤ ៧៥៥ នាក់ នៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មនុស្សពេញវ័យចំនួន ៦៥ កន្លែង និងកុមារចំនួន ៣៦ កន្លែង ទូទាំងប្រទេសកម្ពុជា។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ថ្មីនេះ មានការកែប្រែយ៉ាងច្រើន ធៀបនឹងគោលការណ៍ណែនាំលើកមុន គឺជាគោលការណ៍ណែនាំជាតិលើកដំបូងដែលបានធ្វើសមាហរណកម្មគោលការណ៍ជាតិពីរ គឺគោលការណ៍ស្តីពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម។ ម៉្យាងទៀត ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងផលវិបាកមេតាបូលិក ដែលកើតឡើងក្រោយពីការព្យាបាលមួយជីវិតដោយឱសថប្រឆាំងប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គោលការណ៍ណែនាំនេះ បានដាក់បញ្ចូលនូវផ្នែកថ្មីមួយ ស្តីពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ។ កម្ពុជា បានរៀបចំធ្វើសុខដុមនីយកម្មគោលការណ៍ណែនាំនេះ ជាមួយនឹង គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ២០១៣ និង សេចក្តីបំពេញបន្ថែមត្រឹមខែកញ្ញា ឆ្នាំ ២០១៥។ ខ្លឹមសារគន្លឹះនៃគោលការណ៍ណែនាំនេះ គឺ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ លើគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលគ្មានរោគសញ្ញា ដោយមិនចាំបាច់គិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ទេ " ការធ្វើតេស្ត និងព្យាបាលទាំងអស់" ។

ខ្ញុំសូមសំដែងការកោតសរសើរ ចំពោះមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងអង្គការដៃគូរអភិវឌ្ឍន៍ទាំងអស់ ដែលបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិដ៏មានសារៈសំខាន់នេះ។ ក្រសួងសុខាភិបាលឯកភាពដាក់ឱ្យអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ហើយសង្ឃឹមថា មន្ត្រីសុខាភិបាលទាំងអស់ ដែលចូលរួមផ្តល់សេវា ថែទាំនិងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ នឹងអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះដោយជោគជ័យ ។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី០៩ ខែ សីហា ឆ្នាំ ២០១៦

ឧ. រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

រដ្ឋលេខាធិការ

សាស្ត្រាចារ្យ អេង_ហួត

សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ រួមជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ បានវិនិយោគនូវធនធានជាច្រើន ទាំងពេលវេលា, បច្ចេកទេស, ថវិកា និងមនុស្សក្នុងការរៀបចំចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើកដំបូងនៅឆ្នាំ ២០០៣, បានកែសម្រួលឡើងវិញឆ្នាំ ២០០៧, ឆ្នាំ ២០១១ និងកែសម្រួលឡើងវិញជាថ្មីម្តងទៀត នៅឆ្នាំ ២០១៥ នេះ។ ការកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលឆ្នាំ ២០១៥ នេះ មិនគ្រាន់តែបានដាក់បញ្ចូលនូវអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកឆ្នាំ ២០១៥ ប៉ុណ្ណោះទេ ក៏ប៉ុន្តែថែមទាំងបានដកស្រង់យកបទពិសោធន៍ជាងមួយទសវត្សក្នុងការថែទាំនិងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍កន្លងមក ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ និងដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ ។

ដូចគ្នានឹងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពី ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានបោះពុម្ពលើកទី១, លើកទី២, លើកទី៣ដែរ ការកែសម្រួលគោលការណ៍ណែនាំជាតិ លើកទី៤ ស្តីពី ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅ ដល់លោក-លោកស្រី ដែលបានចូលរួមក្នុងការរៀបចំ ចងក្រងឯកសារនេះ។ សូមថ្លែងអំណរគុណ ជាពិសេស ជូនដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ចំពោះកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង រួមមាន មន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ និងមន្ត្រីការិយាល័យបច្ចេកទេស នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និង កាមរោគ, សមាជិក-សមាជិកានៃក្រុមស្នូលថែទាំជំងឺអេដស៍ ស្តីពីការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់, និងសូមថ្លែងអំណរគុណជាពិសេស ចំពោះ លោកស្រីវេជ្ជ. Sarah Huffam, ទីប្រឹក្សាបច្ចេកទេស, អង្គការ US-CDC ដែលបានថវិកាសម្រាប់រៀបចំគោលការណ៍ណែនាំ, អង្គការសុខភាពពិភពលោក, CHAI, FHI-360, និង ព្រមទាំង គ្រូពេទ្យព្យាបាលទាំងអស់ដែលបានចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលាស្វែងរកការឯកភាព ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ដើម្បីបញ្ចប់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ០៤ ខែ សីហា ឆ្នាំ ២០១៦

ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

វេជ្ជ.លី-ពេញ ស៊ុន

សមាជិក-សមាជិកា ក្រុមស្នូលការងារ បច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ នៅកម្ពុជា

១.	លោកវេជ្ជ. លី ពេញស៊ុន	ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	ប្រធាន
២.	លោកវេជ្ជ. អ៊ុក វិជ្ជា	អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	អនុប្រធាន
៣.	លោកស្រីវេជ្ជ. គឹម រតនា	ប្រធានកម្មវិធី PMTCT/NMCHC	សមាជិក
៤.	លោកវេជ្ជ. សេង សុភាព	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៥.	លោកវេជ្ជ. សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៦.	លោកស្រីវេជ្ជ. ទេព សំណាង	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៧.	លោកវេជ្ជ. សុខ បញ្ញា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៨.	លោកឱសថការី.ប្រុក កាហៀញ	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
៩.	លោក ម៉ម ច័ន្ទតារា	មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS)	សមាជិក
១០.	លោកស្រីវេជ្ជ. ង៉ែត ច័ន្ទឆាយា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ សូវៀត	សមាជិក
១១.	លោកវេជ្ជ. ប្រាក់ ណារុំ	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ សូវៀត	សមាជិក
១២.	លោកវេជ្ជ. លឹម ស្រេងសេដ្ឋា	មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត	សមាជិក
១៣.	លោកវេជ្ជ ឃុន គីមអ៊ាម	មន្ត្រី CENAT	សមាជិក
១៤.	តំណាងអង្គការ	UNICEF	សមាជិក
១៥.	តំណាងអង្គការ	US-CDC	សមាជិក
១៦.	តំណាងមូលនិធិគ្លីនតុន	CHAI	សមាជិក
១៧.	តំណាងអង្គការ	WHO	សមាជិក
១៨.	តំណាងអង្គការ	FHI-360	សមាជិក
១៩.	តំណាងអង្គការថែទាំជំងឺអេដស៍	AHF	សមាជិក
២០.	តំណាងអង្គការមណ្ឌលនៃក្តីសង្ឃឹម	SHCH	សមាជិក
២១.	តំណាងអង្គការ	KHANA	សមាជិក
២២.	តំណាងបណ្តាញ	CPN +	សមាជិក
២៣.	តំណាងសមាគម	AUA	សមាជិក
២៤.	តំណាងអង្គការ	USAID	សមាជិក

ពាក្យបំព្រួញ

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AFB	Acid fast bacilli
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ALT	Alanine aminotransferase
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral drug (s)
AUC	Area under curve
ATV	Atazanavir
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
BMD	Bone mineral density
BMI	Body mass index
CBC	Complete Blood Count
CD4	CD4+ T-lymphocyte
CMV	Cytomegalovirus
CNS	Central Nervous System
CrCl	Creatinine clearance
CRAG	Cryptococcal antigen
CrAg	Cryptococcal antigen
CSF	Cerebral Spinal Fluid
CTX	Cotrimoxazole
CVD	Cardiovascular disease
CXR	Chest x-ray
DAA	Direct antiviral agent
DRV	Darunavir
DRV	Darunavir/ritonavir
D4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DOT	Directly observed therapy
DST	Drug Susceptibility Testing
DTG	Dolutegravir
Dx	Diagnosis
DDx	Differential diagnosis
E	Ethambutol
EBV	Epstein Barr Virus
eGFR	Etimated glomerular filtration rate
EFV	Efavirenz
EPTB	Extra-pulmonary tuberculosis
ETV	Etravirine
H	Isoniazid
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human papilloma virus
HSV	Herpes Simplex Virus
INH	Isoniazid
ITP	Immune thrombocytopenia
IPT	Isoniazid preventive therapy
IRIS	Immune reconstitution inflammatory syndrome
Ix	Investigation
KS	Kaposi’s Sarcoma
LDH	Lactate dehydrogenase
LFT	Liver function test
LN	Lymph node
LPV	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAC	*Mycobacterium avium* complex
MDR-TB	Multi drug resistant tuberculosis
MTB	*Mycobacterium tuberculosis*
Mx	Management
NCD	Non communicable disease
NCHADS	National center for HIV/AIDS dermatology and STIs
NHL	Non-Hodgkin’s lymphoma
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor
NVP	Nevirapine
OHL	Oral hairy leukoplakia
OI	Opportunistic infection
ORS	Oral rehydration solution
PCP	*Pneumocystis jiroveci* pneumonia
PEP	Post exposure prophylaxis
PPE	Pruritic papular eruption
PI	Protease inhibitor
PLHIV	People living with HIV
PMN	Polymorphonuclear leukocyte
PrEP	Pre exposure prophylaxis
PTB	Pulmonary tuberculosis
RAL	raltegravir
R	Rifampicin
RBC	Red blood cell
RPR	Rapid plasma reagin

RTV	Ritonavir
/r	Low dose ritonvir
Rx	Treatment
SJS	Stevens Johnson syndrome
SMX	Sulfamethoxazole
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TMP	Trimethoprim
TPHA	Treponemal pallidum particle agglutination
TST	Tuberculin skin test
US	Ultrasound
WBC	White blood cell
WHO	World Health Organization
XDR	Extensively drug-resistant
Z	Pyrazinamide

សេចក្តីផ្តើម

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍នេះ គឺមានការកែប្រែយ៉ាងច្រើនធៀបនឹងគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលឆ្នាំ២០១២។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ គឺជាការរួមបញ្ចូលគ្នា នូវគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ដែលកាលពីមុនជាគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ ជាងនេះទៅទៀត គោលការណ៍ណែនាំនេះត្រូវបានរៀបចំឡើង តាមទម្រង់ច្បាស់លាស់ ដោយបែងចែក ជាផ្នែកៗ មានតារាង មានគំនូសមានបំព្រួញ ជាជាងការសរសេរបែបអត្ថាធិប្បាយ និងចៀសវាងនូវការសរសេរដដែលៗ។

ការផ្លាស់ប្តូរតម្រូវការផ្នែកគ្លីនិកនៃអ្នកជំងឺអេដស៍ ចាំបាច់ត្រូវពង្រីកវិសាលភាពនៃគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល។ បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកជំងឺអេដស៍ភាគច្រើនធាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាច្រើនមុខ នៅពេលដែលមិនទាន់ធ្លាក់ចូលក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍ បណ្តាលឱ្យថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយខ្លាំងក្លា។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមបញ្ចូលគ្នារយៈពេលយូរ បង្កើនការប្រឈមមុខ និងមានផលវិបាកទាក់ទងនឹងមេតាបូលីស និងកើតឡើងជំងឺមិនឆ្លង ស្របតាមការវិវត្តិ នៃវ័យរបស់អ្នកជំងឺ។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ក៏បានដាក់បញ្ចូលផ្នែកមួយ អំពីជំងឺមិនឆ្លង ដើម្បីផ្តល់ការណែនាំជូនគ្រូពេទ្យព្យាបាល ក្នុងការផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺអំពីការបង្ការជំងឺមិនឆ្លង ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមិនឆ្លង ក្នុងកំឡុងពេលពិនិត្យពិគ្រោះអ្នកជំងឺ ការស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ។ សូមគ្រូពេទ្យព្យាបាល អានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីជំងឺមិនឆ្លង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ ទោះបីជា គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍មិនមែនជាអ្នកទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់ក្នុងការព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង ក៏ដោយ ក៏គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ត្រូវយល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់ អំពីអាការៈជំងឺដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ទាំងនេះ ជាពិសេសអន្តរកម្មនៃឱសថជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ការយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំងក្នុងការបំពេញតម្រូវការរបស់ក្រុមវ័យជំទង់ដោយមានយន្តការ សម្របសម្រួលជាមួយសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ក្នុងការផ្ទេរក្រុមក្មេងជំទង់ ពីសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ មកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យឱ្យបានរលូន ដោយផ្តល់នូវ “សេវាថែទាំ និងព្យាបាលក្រុមក្មេងជំទង់ឱ្យបានសមស្រប” នៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។

ផ្នែកជំងឺរបេង គឺមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយគោលការណ៍ជាតិអំពីជំងឺរបេង/អេដស៍ ដោយបានរៀបរាប់បន្ថែមអំពីបញ្ហាភាពស៊ាំនៃមេរោគរបេង ការដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់តេស្ត GeneXpert MDT/RIF ឱ្យបានទូលំទូលាយ និងការផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid ដល់គ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) និងប្រភេទ C (HCV) គឺជាជំងឺដែលបង្កពោគរួមគ្នាជាមួយមេរោគអេដស៍ជាញឹកញាប់ និងបង្កផលប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍។ គេរំពឹងថា ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC ដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ហើយមិនសូវបង្កការលំបាកដល់អ្នកជំងឺក្នុងការលេបថ្នាំ អាចនឹងរកបាននៅប្រទេសកម្ពុជានៅពេលអនាគតដ៏ខ្លី សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C។ ឱសថ Tenofovir និង3TC ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក៏មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB ផងដែរ។ វាមានសារៈសំខាន់ ដែលគ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវយល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់អំពី ការបង្កជំងឺរួមគ្នា ដែលកើតមានជាញឹកញាប់នេះនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងយល់ដឹងអំពីផលវិបាករយៈពេលយូរ។

ខ្លឹមសារសំខាន់ ក្នុងការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមមាន ការបង្កើនលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរូបមន្តស្តង់ដានៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ៖ TDF + 3TC + EFV សម្រាប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ រួមទាំង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ប្រើប្រាស់ឱសថ ATV/r គឺជាជម្រើសដ៏ល្អសម្រាប់រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ។ គេសង្ឃឹមថា ឱសថ EFV លេខ ៤០០ ម.ក្រ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នា នឹងអាចរកបាននៅពេលឆាប់ៗខាងមុខនេះ ដែលតម្រូវឱ្យមានការណែនាំឱ្យប្តូរ ពីការប្រើប្រាស់ឱសថនេះលេខ ៦០០ម.ក្រ មកប្រើលេខ ៤០០ម.ក្រ វិញ ពីព្រោះការសិក្សាបានបង្ហាញថា វាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាលើអ្នកជំងឺភាគច្រើន ។

ការតាមដានអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ ជាបឋមត្រូវផ្តោតលើការពង្រីកការផ្តល់សេវាធ្វើតេស្ត viral load (VL) ជាប្រចាំ ឱ្យកាន់តែទូលំទូលាយនៅប្រទេសកម្ពុជា ។ នៅពេលដែលតេស្ត VL ត្រូវបានធ្វើជាប្រចាំ ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នឹងត្រូវធ្វើនៅតែដំណាក់កាលដំបូងនៃការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ តែប៉ុណ្ណោះ ដោយមិនតម្រូវឱ្យធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 នេះញឹកញាប់ទៀតទេ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង ។ គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត VL និង CD4 សម្រាប់តាមដានការព្យាបាលត្រូវបានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានបង្កើននូវចំនួនកោសិកា CD4 សម្រាប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxzole ស្របតាមអនុសាសន៍ WHO និងបានដាក់បញ្ចូលការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីហ្សែនរបស់ Cryptococcus ដែលជាការព្យាបាលបង្ការជំនួស នៃការព្យាបាលបង្ការជាប្រចាំដោយឱសថ fluconazole ។

ផ្នែកមួយនៃការបង្ការការចម្លងក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍(PEP) ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយបានដាក់បញ្ចូលរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗ និងពង្រីកការផ្តល់សេវាដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល រួមបញ្ចូលទាំង ជនរងគ្រោះដោយការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងអ្នកដែលមានដៃគូម្នាក់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍(discordant couples) មុននឹងលប់បំបាត់ចំនួនវីរុសអេដស៍ក្នុងឈាម(viral load suppression)។ ការមកពិនិត្យគ្លីនិកនៃ PEP និងទម្រង់របាយការណ៍ ត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ។

គោលការណ៍ណែនាំនេះត្រូវបានសរសេរឡើង ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ WHO ឆ្នាំ ២០១៣ និងសេចក្តីបំពេញបន្ថែម (supplements) របស់ WHO ត្រឹមខែកញ្ញាឆ្នាំ២០១៥។ គេសង្ឃឹមថាគោលការណ៍ណែនាំរួមបញ្ចូលគ្នាថ្មីរបស់ WHO នឹងចេញផ្សាយនៅចុងឆ្នាំ២០១៥។

សាវតារ

ជំពូក ១. ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃមេរោគអេដស៍

១.១. ចំណុចគន្លឹះ

- មេរោគអេដស៍ គឺជាវីរុសដែលរស់នៅក្នុងឈាម ឆ្លងតាមឈាម តាមទឹកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស។
- បុគ្គលដែលទើបតែឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង (ស្រួចស្រាវ) អាចមានការលំបាកក្នុងការញែកចេញពី ការបង្ករោគដោយវីរុសស្រួចស្រាវដទៃទៀត។
- ការផ្ទុកមេរោគអេដស៍រ៉ាំរ៉ៃ អាចគ្មានរោគសញ្ញាជាច្រើនឆ្នាំ ដោយក្នុងរយៈពេលនេះជំងឺអេដស៍មានការវិវត្តន៍ទៅមុខ និងអាចបន្តចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃទៀត។
- ជំងឺអេដស៍ មិនអាចព្យាបាលជាទេ ទោះបីជា មានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាដ៏មានប្រសិទ្ធភាពក៏ដោយ។
- អាចកាត់បន្ថយការចម្លងបាន តាមរយៈការអនុវត្តន៍វិធានការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងយុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយកត្តាប្រឈមមុខរួមមាន ការផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាភ្លាមៗ។

១.២ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍

- មេរោគអេដស៍ឆ្លងតាមរយៈ សារធាតុរាវនៃសារពាងកាយ ជាពិសេស ឈាម ទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស។
- មេរោគអេដស៍ មិនអាចឆ្លងតាមការប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាក្នុងសង្គមធម្មតាទេ ដូចជា ការថើប បរិភោគអាហាររួមគ្នា ឬ សត្វល្អិតទិច ឬខាំ។

តារាងទី១ -១ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ អត្រាមធ្យមនៃការប្រឈមមុខក្នុងដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (*average transmission risk per episode*)

ការប្រឈមទៅនឹងប្រភពនៃចម្លងមេរោគអដស៍	ការប៉ាន់ស្មាននៃ ការប្រឈមមុខ ក្នុងដំណាក់កាលនៃឆ្លងមេរោគអេដស៍[១]
ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការរួមភេទ (តាមរយៈឈាម ទឹកកាមបុរស ទឹករំអិលទ្វារមាស)	
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលក្នុងទ្វារមាស (ការឆ្លងពីស្ត្រីមកបុរស)។	១/២៥០០

[១] គោលការណ៍ណែនាំជាតិ សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការក្រោយពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទាំងមិនពាក់ព័ន្ធនឹងមុខងារ និងពាក់ព័ន្ធនឹងមុខងារ. ASHM ២០១៣. អាចរកបាននៅគេហទំព័រ www.ashm.org.au.

• ភ្នាក់ងារទទួលដោយទ្វារមាសពេលរួមភេទ (ការឆ្លងពីបុរសទៅស្ត្រី)។	១/១២៥០
• ភ្នាក់ងារទទួលដោយការរួមភេទតាមរន្ធគូថ (ការឆ្លងពីបុរសទៅបុរស (MSM) ឬ ពីបុរសទៅស្ត្រី) *ដោយមិនបាន* ដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/៧០
• ភ្នាក់ងារទទួលដោយការរួមភេទតាមរន្ធគូថ *ដោយបាន* ដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/១៥៥
• ការរួមភេទដោយស៊ិកបញ្ចូលក្នុងរន្ធគូថ ដោយលិង្គ*ដែលមិនបាន*កាត់ស្បែកគ្របលិង្គ (uncircumcised) នៃក្រុម MSM ។	១/១៦០
• ការរួមភេទដោយស៊ិកបញ្ចូលក្នុងរន្ធគូថ ដោយលិង្គ*ដែលបាន*កាត់ស្បែកគ្របលិង្គ(circumcised) នៃក្រុម MSM។	១/៩០០
• ការរួមភេទតាមមាត់ (Oral sex): ដោយស៊ិកបញ្ចូល ឬ ភ្នាក់ងារទទួល (បុរស ឬស្ត្រី)។	កំរិតទាបបំផុត
ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពេលប៉ះពាល់ឈាម	
• ការចាក់គ្រឿងញៀន: ឆ្លងតាមម្ជុល និងសឺរ៉ាំង	១/១២៥
• ការមុតម្ជុលនៅពេលបំពេញការងារ ឬ សំភារៈមុតស្រួចផ្សេងទៀត	១/៤៤០
ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត	
• ជាមួយភ្នាស Mucus ឬ ស្បែកដែលមិនដាច់រលាត់	< ១/១០០០

កត្តាប្រឈមមុខដែលមានឥទ្ធិពលលើការចម្លង និងការទទួលមេរោគអេដស៍

កត្តាបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- បុគ្គលដែលមានកម្រិត Viral load មេរោគអេដស៍ខ្ពស់-ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទើបតែឆ្លងដំបូង នៅពេលដែលមេរោគអេដស៍ចរាចរក្នុងឈាមខ្ពស់ ឬស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍។
- បុគ្គលដែលកើតជំងឺកាមរោគ ជាពិសេស ពេលមានដំបៅនៅប្រដាប់ភេទ និងមានរោគសញ្ញាជំងឺប្រមេះ (gonococcus) ។
- ដាច់រលាត់ភ្នាស mucosa ប្រដាប់ភេទ (មានការប៉ះទង្គិច ការបង្ករោគ)។
- ភ្នាស mucosa ក្រអូមមាត់ដាច់រលាត់ នៅពេលរួមភេទតាមមាត់។
- របួសដោយមុតម្ជុលធំ ហើយជ្រៅ និង/ឬ ដោយការចាក់ចូលក្នុងសរសៃឈាមវ៉ែនឬអាក់ទែ។
- បុរសដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ បានរួមភេទដោយស៊ិកបញ្ចូលក្នុងទ្វារមាស ឬ ក្នុងរន្ធគូថ។

កត្តាការពារប្រឆាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាភ្លាមៗ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងធានាឱ្យបានការថយចុះនូវ viral load ក្នុងឈាមក្នុងកម្រិតមួយដែលមិនអាចរកឃើញ គឺបានកាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់។

កត្តាបង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- ការបង្ករោគនៅប្រដាប់ភេទ ជាពិសេស ដំបៅប្រដាប់ភេទ។
- អ្នកទទួលការចាក់បញ្ចូលឈាម ឬផលិតផលឈាម។
- ការចាក់គ្រឿងញៀនតាមសរសៃ ឬចាក់ក្រោមស្បែក ("skin-popping")។
- ការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ៖
  - ដៃគូរួមភេទច្រើន។
  - រួមភេទជាមួយស្ត្រីរកស៊ីផ្លូវភេទ។
  - រួមភេទជាមួយដៃគូដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទខ្ពស់ (ស្ត្រីភាគច្រើនមានដៃគូរួមភេទជាទៀងទាត់តែមួយ ក៏មានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ដោយសារតែដៃគូរបស់គាត់មានដៃគូរួមភេទច្រើន)។
  - បុរសរួមភេទជាមួយបុរស(MSM)។
  - ការចាក់ទម្លុះស្បែកផ្សេងៗ ដូចជា ការសាក់ ការឆូតស្បែកឱ្យមុត ការចោះទម្លុះទងត្រចៀក ឬរាងកាយ ដោយប្រើឧបករណ៍មុតស្រួចមិនបានរំងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ តាមបច្ចេកទេស។

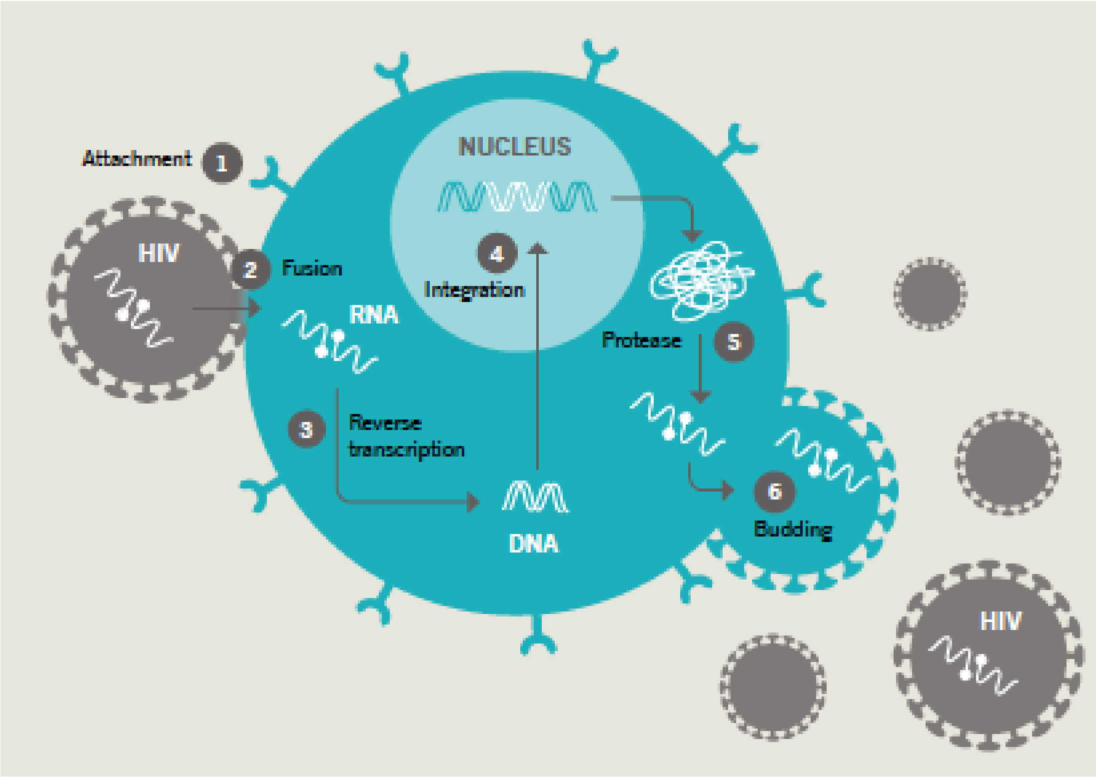
កត្តាការពារប្រឆាំងនឹងការទទួលមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលមុនពេលប្រឈមមុខ(PrEP) និងក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ចំពោះបុគ្គលដែលគ្មានផ្ទុក មេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)។

១.៣ ការបង្ករោគ និងការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍

- មេរោគអេដស៍គឺ ជាវីរុស RNA បង្ករោគក្នុងកោសិកានៃរាងកាយ ដែលមានភ្នាក់ងារទទួលជាកោសិកា CD4 (CD4 receptor) រួមមាន កោសិកា lymphocytes កោសិកា monocytes និងកោសិកា macrophages ដែលដើរតួនាទីជួយសម្របសម្រួលក្នុងការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំការពារសារពាង្គកាយប្រឆាំងនឹងការបង្ករោគ ។
- មេរោគអេដស៍ បានភ្ជាប់ខ្លួនជាមួយកោសិកា CD4 → ដោយបញ្ជ្រាបខ្លួនវាចូលតាមជញ្ជាំងកោសិកា → RNA នៃមេរោគអេដស៍បំលែងខ្លួនទៅជា DNA ដោយសារ viral reverse transcriptase → DNA នៃមេរោគអេដស៍ចូលក្នុង host genome → កោសិការបស់ host បង្កើតមេរោគអេដស៍ច្រើនទៀត → បំណែកតូចៗនៃមេរោគអេដស៍ ប្រមូលផ្តុំគ្នា រួចបញ្ចេញមកក្នុងឈាមវិញ។
- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលយកមកព្យាបាលជំងឺអេដស៍ គឺបានផ្តោតលើដំណាក់កាលទាំង៦នេះ ។

រូបភាពទី១ -១ វដ្តនៃមេរោគអេដស៍[២]



១.៣.១ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ (Acute infection)

- ក្រោយពី បង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ភ្លាម គឺជាដំណាក់កាលដែលមានកម្រិតមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមខ្ពស់បំផុត ជាមួយគ្នានៃការធ្លាក់ចុះយ៉ាងគំហុកនៃចំនួនកោសិកា CD4។
- បន្ទាប់មកបុគ្គលដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ បានបង្កើតការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ បណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺលើសពី ៥០% បង្កើតនូវ self-limiting mononucleosis ដូចគ្នានឹង seroconversion។
- លទ្ធផលនៃការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ បានធ្វើឱ្យថយចុះកម្រិត viral load ("virological set point") និង ចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើង ទៅជិតស្មើនឹងចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា (baseline levels)។

១.៣.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិកក្នុងរយៈពេលសម្ងំ(Clinical latency)

- គឺជាដំណាក់កាលដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គ្មានរោគសញ្ញា (ដំណាក់កាលទី១ នៃ WHO)។
- មេរោគអេដស៍ បន្តបង្កបង្កើតកូនចៅក្នុងកម្រិតខ្ពស់។
- បន្តការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទ និងតាមផ្លូវផ្សេងទៀត។
- ប្រសិនជា មិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍→ ចំនួនកោសិកា CD4 នឹងបន្តធ្លាក់ចុះ ក្នុងកម្រិតមធ្យម គឺ៨០ កោសិកា/ឆ្នាំ។

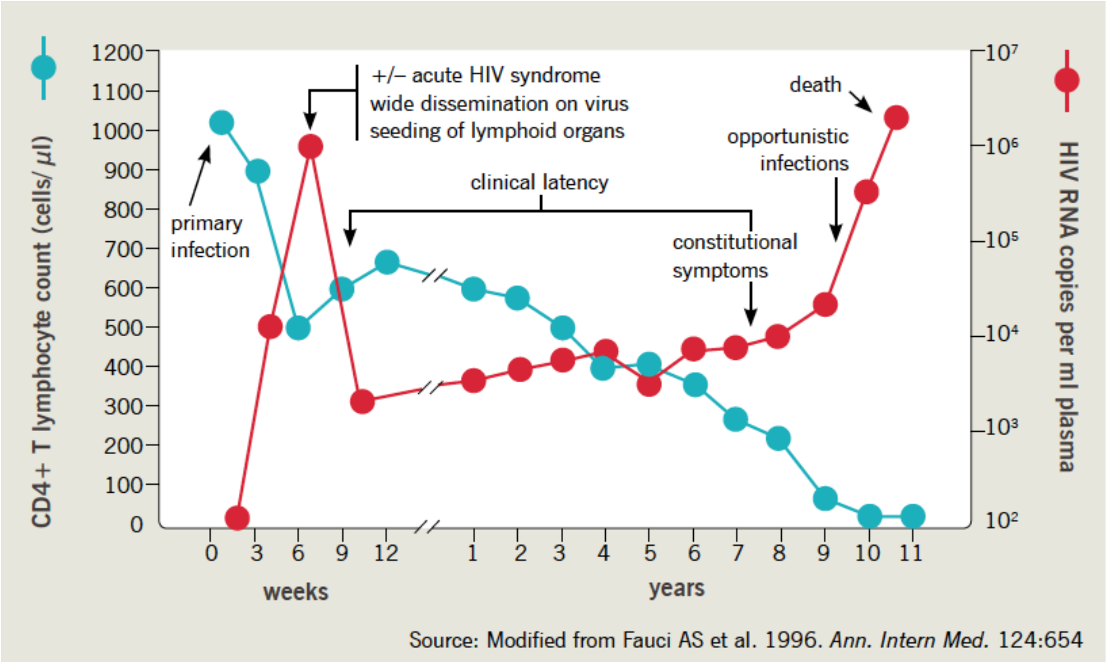
---

[២] ចម្លងពីគោលការណ៍នាំគ្លីនិកនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍. អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន ២០១៥

១.៣.៣ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ

- បើគ្មានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ អ្នកជំងឺអេដស៍នឹងវិវត្តន៍ទៅ ដំណាក់គ្លីនិករបស់ WHOទី ២ -ទី៤។
- ការវិវត្តន៍ទៅជំងឺអេដស៍ (ដំណាក់កាល WHO ទី៤ ចំនួនកោសិកា CD4 <២០០កោសិកា/មម^{៣}) ជាមធ្យមមានរយៈពេល ១០ឆ្នាំ ក្រោយពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ កត្តាដែលអាចជម្រុញឱ្យមានការវិវត្តន៍លឿន ទៅជំងឺអេដស៍ រួមមាន អាយុ <៥ឆ្នាំ ឬ >៤០ឆ្នាំ និងការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺផ្សេងៗ ជាពិសេសជំងឺរបេង។

រូបភាពទី១ -២ ប្រវត្តិធម្មជាតិនៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍[៣]



កម្រិតនៃការថយចុះភាពស៊ាំ	ចំនួនកោសិកា CD4
• គ្មានការថយចុះភាពស៊ាំ	> ៥០០កោសិកា/មម^{៣}
• ថយចុះភាពស៊ាំមធ្យម	៣៥០-៥០០ កោសិកា/មម^{៣}
• ថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំងក្លា	២០០-៣៤៩ កោសិកា/មម^{៣}
• ថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ	< ២០០ កោសិកា/មម^{៣}

១.៤ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍

១.៤.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃ បុគ្គលផ្ទុកមេរោគអេដស៍

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចមកជួបគ្រូពេទ្យនៅគ្រប់ដំណាក់កាល តាំងពីពេល ដែលទើបឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង (ដំណាក់កាល seroconversion) រហូតដល់ដំណាក់កាលជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ។

[៣] ចតចម្លងពីគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍. អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន ២០១៥

១. ដំណាក់ឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង = ដំណាក់កាល Seroconversion។
២. ស្ថានភាពជំងឺទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពុំរ៉ៃដោយ *មិនបានធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍*
- ស្វែងរកចំណុចគន្លឹះ: ស្ថានភាពប្រជាសាស្ត្រ ស្ថានភាពគ្លីនិក ស្ថានភាពនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ → ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។

៣. រោគសញ្ញាកើតឡើង *ក្រោយពីបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។*
៤. រោគសញ្ញា *មិនទាក់ទង* នឹងភាពមិនបានដឹង ឬបានដឹង ពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ។

១.៤.២ មូលហេតុនៃការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លិនិក

១. ការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ
- ការបង្ករោគ
- ការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម
- ជំងឺមហារីក (Malignancy)

២. ការប្រែប្រួលប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (Immune dis-regulation)
ឧ. ការថយចុះផ្លាកែតក្នុងឈាម (thrombocytopaenia) ជំងឺ inflammatory arthropathies ជំងឺ sjogrens syndrome។

៣. ផលប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់នៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍
ឧ. HIV associated cognitive decline(HAND) ជំងឺតម្រងនោម (nephropathy) ជំងឺក្រពះ (gastropathy)។

៤. ការបង្ករោគរួមគ្នា
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B, C និង ជំងឺរបេង។

៥. ផលប៉ះពាល់នៃការប្រើប្រាស់ឱសថ-ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ/អន្តរកម្មឱសថ។
៦. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)
- ការលេចចេញ(Unmasking) ឬ ប្រតិកម្ម paradoxical នៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍

៧. ការវិវត្តន៍តាមវ័យអ្នកជំងឺ និងកើតមានជំងឺពុំរ៉ៃផ្សេងៗបង្កឡើងដោយមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ឧ. ជំងឺបេះដូង (cardiovascular) ឬ ជំងឺតម្រងនោម (renal disease) ។

១.៤.៣ ការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅដំណាក់កាលដំបូង៖ រោគសញ្ញាគ្លិនិក

- ដំណាក់កាល seroconversion គឺគ្មានរោគសញ្ញា > ៥០% នៃអ្នកជំងឺ។
- ដំណាក់កាលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ១០ –១៤ ថ្ងៃ ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញាអាចប្រែប្រួលពី កម្រិតស្រាលទៅកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ គឺដូចគ្នានឹងការបង្ករោគដោយវីរុសផ្សេងទៀត។

- ពិនិត្យមើលកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មាន/គ្មាន ជំងឺកាមរោគ និងការតេស្ត ឈាមរកមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ។

សញ្ញាណគ្លីនិក

- លេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ រួមមាន គ្រុនក្តៅ ឈឺចាប់សាច់ដុំ ឈឺសន្លាក់ ឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) រលាកបំពង់ក ជំងឺសាច់ដុំ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានពណ៌ និងពងទឹក (maculopapular) ដំបៅមាត់ ចង្កោមរោគសញ្ញាក្រពះ និងពោះវៀន ឈឺក្បាល និងមានជំងឺ aseptic meningitis។
- ករណីកំរ: ជំងឺសរសៃប្រសាទ (neuropathies) និងចង្កោមរោគសញ្ញា Guillain–Barré ។
- Transient immunosuppression opportunistic → បង្ករោគ ឧ. ជំងឺផ្សិតបង្កដោយកង់ឌីដា ឬជំងឺ PJP។

សញ្ញាណនៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

- ថយចុះផ្លាកែតក្នុងឈាម (Thrombocytopenia) មាន leukopenia កើនឡើងអង់ហ្ស៊ីមថ្លើម។
- ធ្វើតេស្តអង់ទីករមេរោគអេដស៍ អាចនឹងអវិជ្ជមាន រហូតដល់៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីបានឆ្លងមេរោគអេដស៍។
- ប្រសិនបើអង់ទីករមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន នៅពេលមានការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ → ១ខែក្រោយ ត្រូវធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ម្តងទៀត ។

១.៤.៤ ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាំរ៉ៃ៖ ស្ថានភាពសុខភាពអាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4

- តារាងខាងក្រោមនឹងរៀបរាប់ពីស្ថានភាពសុខភាពអាស្រ័យតាមចំនួនកោសិកា CD4។
- សូមអានប្រព័ន្ធបែងចែកតាមលក្ខខណ្ឌគ្លីនិក និង តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រពីដំណាក់កាលទី ១–៤ របស់ WHO។

ឧបសម្ព័ន្ធ៖ តារាងទី៥៤- ១ ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ស្របតាម WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ)។

តារាងទី១ -២ ស្ថានភាពសុខភាពនៅពេលបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ផ្អែកតាមចំនួនកោសិកា *CD4*[៤]

ចំនួនកោសិកាCD4	ស្ថានភាពសុខភាព
ទោះបីមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ	ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរពេញខ្លួន ជាប់ជាប្រចាំ(PGL) រីកក្រពេញប៉ារ៉ូទីត (Parotid gland enlargement) ជំងឺរើម Herpes zoster (shingles) ជំងឺរបេង ជំងឺរលាកសួតដោយបាក់តេរី ជំងឺ Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) ជំងឺកង់ឌីដានៅទ្វារមាស (Vulvo-vaginal candidiasis) ជំងឺស្លេកស្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic anaemia) ថយចុះចំនួនផ្លាកែតពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV-related thrombocytopenia) ជំងឺ Lymphocytic interstitial pneumonitis (LIP) (children)
<២០០កោសិកា/μL ប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយមធ្ងន់ធ្ងរ	ដុះផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis (thrush)) ដុះផ្សិតក្នុងបំពង់ក (Oesophageal candidiasis) ជំងឺ Oral hairy leukoplakia (OHL) ជំងឺ Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP) ជំងឺ Cryptosporidiosis ជំងឺ Lymphoma (non-CNS) ជំងឺ Kaposi's sarcoma (KS) ជំងឺ HIV-associated dementia (HAD)
<១០០ កោសិកា/μL	ជំងឺ Toxoplasmosis ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយគ្រីបតូកុក្វ (Cryptococcal meningitis (CM)) ជំងឺភ្នែកបង្កដោយ Cytomegalovirus ស្រកទម្ងន់ដោយគ្មានមូលហេតុ (Wasting syndrome)។
< ៥០ កោសិកា/μL	ជំងឺ Non-tuberculosis mycobacterial (NTM) ជំងឺ Lymphoma (CNS) ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) ជំងឺ Cytomegalovirus (brain or disseminated)

[៤]កែសម្រួលពីគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍. អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន ២០១៥

១.៥ ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍

នៅប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ (VCCT) ផ្តួចផ្តើមដោយអ្នកផ្តល់សេវាជាមន្ត្រីសុខាភិបាល (HPITC) ឬដោយសហគមន៍/មិត្តអប់រំមិត្ត(C/PITC សម្រាប់ក្រុមប្រជាជនចំណុច) ដោយប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សចំនួនបី ស្របតាមគំនូសបំព្រួញស្តង់ដា [៥] ។

ករណីសង្ស័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍:

- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអតិថិជន អំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។
- បញ្ជូនអតិថិជនទៅសេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអតិថិជន អំពី ផ្លូវចម្លងមេរោគអេដស៍ និងការប្រព្រឹត្តការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព នៅពេលដែលគាត់ រង់ចាំលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ។
- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវបញ្ជូន ទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ។

១.៦ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ARV ឬ ART) គឺសំដៅលើការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ហើយបច្ចុប្បន្នត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍ ឱ្យចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បែងចែកជាច្រើនក្រុម ហើយមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងវដ្តជីវិតនៃមេរោគអេដស៍ នៅតាមដំណាក់កាលខុសៗគ្នា តាំងពីដំណាក់កាលនៃការភ្ជាប់ខ្លួនជាមួយកោសិកា និងដំណាក់កាលនៃការបំបែកខ្លួន ។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា(cART) នឹងទប់ស្កាត់ភ្លាមៗនូវការបំបែកខ្លួនរបស់វីរុសអេដស៍ នាំឱ្យថយចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម (viral load នៃមេរោគអេដស៍ ឬ VL) ឱ្យស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតកំណត់មួយដែលមិនអាចរកឃើញដោយតេស្ត viral load ។ ជាលទ្ធផល នាំឱ្យកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងស្តារមុខងារប្រព័ន្ធភាពឡើងវិញបន្តិចម្តងៗ ដែលបញ្ជាក់ដោយមានចំនួនកោសិកា CD4 lymphocyte កើនឡើង ។ នៅពេលដែលមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំត្រូវបានស្តារឡើងវិញ និងរក្សាបានក្នុងកម្រិតមួយ នាំឱ្យការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយមទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ និងអត្រាមរណៈភាពថយចុះ។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនអាចជាដាច់បានទេតែវាមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ តែមិនអាចបោសសំអាតមេរោគអេដស៍ឱ្យអស់បានទេ។ ប្រសិនបើបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មេរោគអេដស៍នឹងបន្តការ

[៥] និយាមបែបបទអំពីការប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍, NCHADS ២០១២

បំបែកខ្លួនឡើងវិញ ដូចដែលបានឃើញពេលធ្វើតេស្ត VL ហើយចំនួនមេរោគអេដស៍នឹងត្រឡប់មកក្នុងកម្រិតដូចមុនពេលព្យាបាលឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងបំផ្លាញប្រព័ន្ធភាពស៊ាំជាថ្មីម្តងទៀត។

- ជាងនេះទៅទៀត ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា ត្រូវបានគេជ្រើសយកមកព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺជាឱសថដែលបានបង្ហាញថា មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្ការមេរោគអេដស៍ចំពោះបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយគេអាចយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) ឬ ប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)។

១.៦.១ គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១. ផលប្រយោជន៍សុខភាពជាបុគ្គលចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺមានភាពប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិត និងអាយុកាលមធ្យម (life expectancy) ដោយសារៈ

- ទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ វាស់វែងដោយការធ្វើតេស្ត viral load
- ស្តារឡើងវិញ និងរក្សាមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ បញ្ជាក់ដោយ ការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ។
- កាត់បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាមរណៈភាព បង្កដោយជំងឺឱកាសនិយម និងជំងឺផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍។

២. កាត់បន្ថយការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការ(TasP) និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP និង PrEP) ចំពោះផលប្រយោជន៍ផ្នែកសុខភាពជាលក្ខណៈបុគ្គល និង ជាប្រជាជនទាំងមូលៈ

- បង្ការការចម្លងតាមផ្លូវភេទ
- បង្ការការចម្លងពីម្តាយទៅកូន(PMTCT)
- បង្ការការចម្លងតាមរយៈការចាក់គ្រឿងញៀន
- បង្ការការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលបំពេញការងារ (Occupational exposure)។

១.៦.២ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា ត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយនឹងឱសថដែលនាំឱ្យរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍ ទទួលបរាជ័យ។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា មានយ៉ាងតិច ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៣មុខ ដែលត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជា យ៉ាងតិចមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីរក្រុមផ្សេងគ្នា។
- ត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

ជាធម្មតាការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពីការផ្លាស់ប្តូរខ្លាំងក្លានៃសេនេទិកនៃមេរោគអេដស៍ដោយឯកឯង (high rate of spontaneous genetic mutations)។ ប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នឹងបញ្ឈប់ការបំបែកខ្លួន និងកាត់បន្ថយអត្រាផ្លាស់ប្តូរសេនេទិកនៃមេរោគអេដស៍។ ករណីដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនសូវមានប្រសិទ្ធភាព(suboptimal) (ឧ. ប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលរួមគ្នាមិនសមស្រប ឬលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ នាំឱ្យមេរោគអេដស៍នៅតែបន្តបំបែកខ្លួនក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអដស៍) បណ្តាយឱ្យកើនឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័សនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ដែលមានសេនេទិកស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ នៅពេលដែលមេរោគអេដស៍ស៊ាំជាមួយឱសថ នឹងមានចំនួនច្រើនលើសលុប នោះរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នឹងលែងមានប្រសិទ្ធភាព។

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ ក្នុងការឆាប់រកឃើញ នូវការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ពីព្រោះ បើសិនជាមិនបានព្យាបាល វីរុសដែលស៊ាំជាមួយឱសថនឹងប្រមូលផ្តុំនូវសេនេទិកច្រើនទៀត (genetic mutations) នាំឱ្យមានភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត បណ្តាលឱ្យ៖ ១) បន្ថយប្រសិទ្ធភាពនៃរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ និង ២) វីរុសដែលស៊ាំអាចឆ្លងរាលដាលទៅមនុស្សផ្សេងទៀត។ ករណីដែល ការបរាជ័យវីរុសសាស្ត្រត្រូវបានរកឃើញទាន់ពេល នាំឱ្យការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមានឱសថថ្មីយ៉ាងហោចណាស់ពីរមុខក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ជាទូទៅ នឹងកាត់បន្ថយចំនួនវីរុសក្នុងឈាម (VL) សាជាថ្មី។

១.៦.៣ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីបង្ការ (TasP)

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការ(TasP) គឺសំដៅទៅលើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃ។ ការសិក្សាបានបង្ហាញថា អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលតេស្ត VL រកមេរោគអេដស៍មិនឃើញ(undetectbale VL)នៅក្នុងឈាម គឺមានកម្រិតចម្លងទាបបំផុតទៅអ្នកដទៃ ដូចជា ដៃគូរួមភេទរបស់គាត់ និងបុរសរួមភេទជាមួយបុរស។

- មគ្គុសទ្ទេសន៍នៃការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន(PMTCT protocols)គឺអាស្រ័យលើប្រសិទ្ធភាពនៃការអនុវត្តន៍ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដើម្បីបង្ការក្នុងគោលបំណងសម្រេចឱ្យបាននូវការលប់បំបាត់មេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម តាមរយៈតេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគអេដស៍ (undetectable VL) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។

- ពាក្យ TasP ត្រូវបានគេយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ធ្វើការតស៊ូមតិ ក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលលើក្រុមប្រជាជនមួយចំនួន ដើម្បីបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ក្នុងពេលដែលគេមិនទាន់ដឹងច្បាស់ថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានផ្តល់ផលប្រយោជន៍លើសុខភាពផ្លូវកាយ ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ដោយហេតុផលថា ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បានផ្តល់ផលប្រយោជន៍លើសុខភាពផ្លូវកាយ ដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គេនឹងផ្តល់ការព្យាបាលនេះ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។

១.៦.៤ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)

- ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) គឺជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេលកំណត់មួយ បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមរយៈការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទប្រកបដោយគ្រោះថ្នាក់ និងការចម្លងពីម្តាយទៅកូន។ ត្រូវបន្តការព្យាបាលរយៈពេលមួយខែ ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ហើយត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកអង់ទីករមេរោគអេដស៍នៅខែទី៣/ខែទី១២។

- នៅពេលមិនទាន់មានការសិក្សាតាមបែប randomized controlled trial ការសិក្សាតាមបែបអង្កេត(observational studies) បានគាំទ្រប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយកាត់បន្ថយអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទាំងក្នុងចំណោមក្រុមដែលបំពេញការងារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងក្រុមដែលគ្មានការងារប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(occupational and non-occupational exposures) ។

- វិធីសារ PMTCT ក៏បានយកគោលការណ៍នៃការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍មកប្រើប្រាស់ សម្រាប់បង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។
- ចំពោះការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ សូមអានជំពូក៨៣. ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្ល មេរោគអេដស៍ (PEP) ។

១.៦.៥ ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PrEP)

- ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PrEP) គឺជាការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដើម្បីទប់ស្កាត់ការឆ្លងមេរោគអេដស៍។

- បច្ចុប្បន្ននេះ ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍ដោយអង្គការ WHO ជាជម្រើសមួយសម្រាប់បង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍បន្ថែម ចំពោះក្រុមប្រជាជនប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ (> ៣% នៃអាំងស៊ីដង់)[៦] ។

- ការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ត្រូវអនុវត្តរួមគ្នាជាមួយនឹង កម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ក្នុងការកាត់បន្ថយហានិភ័យ (harm reduction) រួមមាន ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍នៅពេលដើមគ្រានិងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ជាទៀងទាត់ ការតាមដានការពុលឱសថ និងការគ្រប់គ្រងការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB និងការធ្វើតេស្តនៃការមានផ្ទៃពោះ។ល។

- អង្គការ WHO នឹងបោះពុម្ពការគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់អនុវត្តគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនៃការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ នៅឆ្នាំ២០១៦។

១.៦.៦ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជា[៧]

១. ក្រុម Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)
- Tenofovir (TDF)
- Zidovudine (AZT or ZDV)
- Lamivudine (3TC)
- Abacavir (ABC)
- (Didanosine (ddI) និង Stavudine (d4T) ដែលកំពុងតែឈានទៅបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ទាំងស្រុង)។

២. ក្រុម Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)
- Efavirenz (EFV)
- Nevirapine (NVP)

៣. ក្រុម Protease Inhibitors (PI)
- Atazanavir combined with low dose Ritonavir (ATV/r)
- Lopinavir combined with low dose Ritonavir (LPV/r)

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន គឺជាឱសថដែលមានកម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នា (fixed dose combinations) ពី២ ឬ៣មុខ (ឧ. TDF + 3TC+ EFV ឬ AZT + 3TC) ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនគ្រាប់ថ្នាំ

[៦] គោលការណ៍ណែនាំ អំពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការមុនពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍. WHO កញ្ញា ២០១៥

[៧] ឱសថដែលធ្វើលទ្ធកម្មសម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺអេដស៍នៅកម្ពុជា ត្រូវបានផលិតដោយរោងចក្រទទួលស្គាល់តាមស្តង់ដារ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក។

ដែលអ្នកជំងឺត្រូវលេបនិងបង្កើនជាអតិបរិមានូវការលេបឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

គេសង្ឃឹមថា នឹងមានឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗទៀតដូចជាPI(Darunavir, NNRTI Etravirine) និងឱសថក្នុងក្រុម Integrase inhibitor class agents ដូចជា Dolutegravir Raltegravir អាចនឹងដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជា ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងជួរទី២។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យវីរុសសាស្ត្រ(virological failure) ក្រោយពីទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នា អាចនឹងព្យាបាលដោយឱសថ salvage ឬ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣។

ការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាល
អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ជំពូក ២. កម្មវិធីពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ជាមួយគ្រូពេទ្យព្យាបាល

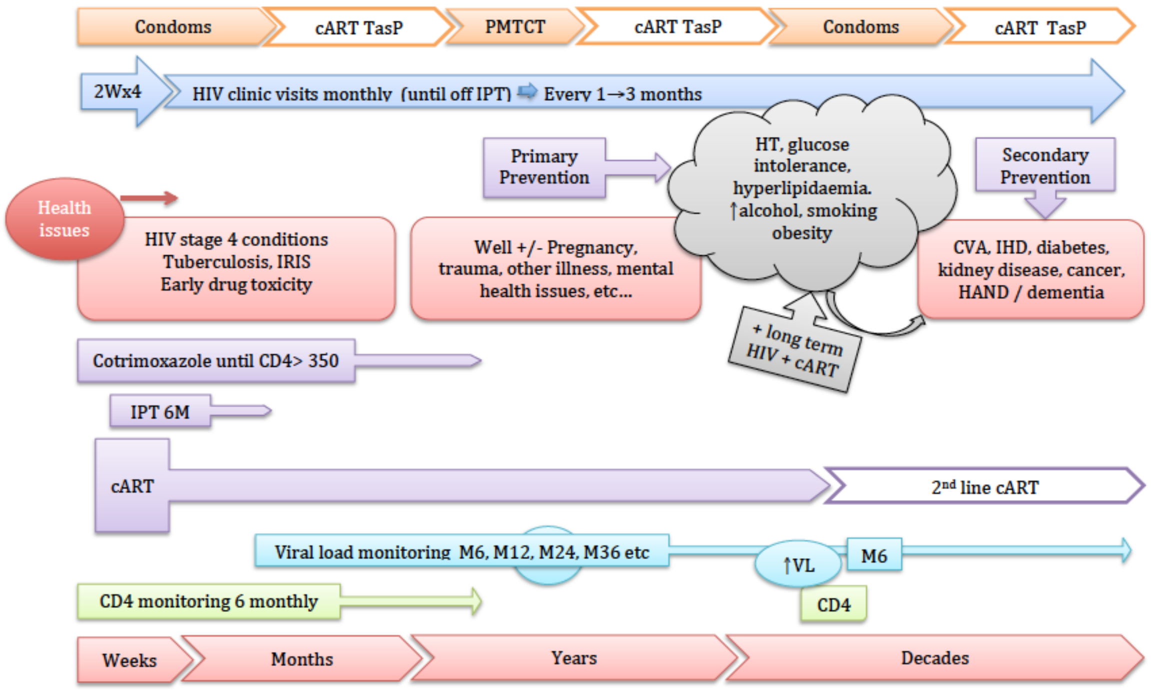
២.១ កម្មវត្ថុនៃការមកពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានឆាប់បំផុត

- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺផ្សេងទៀតដែលកំពុងកើតមាន ។
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង**រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ** និងបញ្ជូនទៅរករោគវិនិច្ឆ័យបន្ថែមទៀត ដោយថតសួតដោយកាំរស្មី x ឬចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ IPT ។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
- ផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ អំពីការបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ និងត្រៀមខ្លួនក្នុងការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយជីវិត។
- ផ្តល់ព័ត៌មាន និងការគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវសុខភាពទូទៅ។
- ឱ្យអ្នកជំងឺត្រៀមខ្លួន ដើម្បីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

២.២ កម្មវត្ថុនៃការពិគ្រោះជំងឺ ក្រោយពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ធានាអ្នកជំងឺលេបថ្នាំ ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។
- ចៀសវាង និងគ្រប់គ្រងការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- គ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការបង្ការរោគរួមគ្នា ។
- បង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លងដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់កើនឡើង ក្រោយពេលព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍យូរអង្វែង លើអ្នកជំងឺមានវ័យច្រើន ។

រូបភាពទី ២-១ ការវិវត្តន៍គ្លីនិកនៃមេរោគអេដស៍



២.៣ ពេលវេលានៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺ

- ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ *ត្រូវធ្វើក្នុងថ្ងៃតែមួយ* ពេលដែលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ។
- គ្រូពេទ្យព្យាបាល ត្រូវដឹងពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត VL ឬ CD4 លើកក្រោយ និងណាត់ជួបអ្នកជំងឺលើកក្រោយឱ្យត្រូវថ្ងៃដែលត្រូវធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ។
- ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ អាចធ្វើបានក្នុងកំឡុងពេលមួយខែ នៃកាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវធ្វើតេស្ត ។ បើសិនជា កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវធ្វើគឺ $_xY_z$ (ឧ. $_៥$៦$_៧$ គេកំណត់ថា ផែនការនៃធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រគឺរាល់៦ខែម្តង គេអាចធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺនៅពេលណាក៏បាន ក្នុងចន្លោះពី ខែ ៥ និងខែ៧) ។
- បើសិន អ្នកជំងឺខកខានមិនបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឬ VL តាមកាលវិភាគដែលបានកំណត់ គេត្រូវធ្វើតេស្តទាំងពីរនេះ ឱ្យបានឆាប់បំផុត តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ។

កាលវិភាគខាងក្រោម គឺកាលវិភាគដែលអ្នកជំងឺត្រូវមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។ អាស្រ័យទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ អាចនឹងត្រូវមានការមកពិគ្រោះជំងឺ ឬ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ញឹកញាប់ជាងនេះ។

➢ **ការបំពេញទំរង់នៃការមកពិគ្រោះជំងឺ** ដែលអាចប្រើប្រាស់ជា បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ (checklists) ជាជំហានៗសម្រាប់វាយតម្លៃការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺ។ ត្រូវបំពេញជំហាននិមួយៗដោយយកចិត្តទុកដាក់ហើយត្រូវចងចាំថាព័ត៌មានដែលបានបញ្ចូលក្នុងឃ្លាំងផ្ទុកទិន្នន័យថ្នាក់ជាតិ (National database) គឺប្រើប្រាស់សម្រាប់តែកម្មវិធីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍តែប៉ុណ្ណោះ ។

ទាក់ទងនឹងការវាយតម្លៃគ្លីនិក សូមអានផ្នែកឧបសម្ព័ន្ធ៤៥: ការណែនាំ អំពីការពិគ្រោះជំងឺ ។

តារាងទី ២-១ កម្មវិធីមកពិគ្រោះជំងឺជាប្រចាំ

សប្តាហ៍	សញ្ញាគ្លីនិក	ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី Adherence	ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	ចាប់ផ្តើម/ការបញ្ឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថ
សប្តាហ៍ទី 0	✔	✔	✔	ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole
សប្តាហ៍ទី ១		✔		
សប្តាហ៍ទី ២	✔	✔		ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole បើ CD4 > ៣៥០ និងគ្មានជំងឺរបេង
ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART				
សប្តាហ៍ទី ២	✔	✔		ចាប់ផ្តើមព្យាបាល IPT
ខែទី១	✔	✔	✔	
ជារៀងរាល់ខែនៅពេលព្យាបាល IPT	✔	✔	✔VL រៀងរាល់ខែ ៥៦៧	បញ្ឈប់ការព្យាបាល IPT ក្រោយរយៈពេល៦ខែ
ក្រោយពេលបញ្ឈប់ព្យាបាលដោយIPT បន្តការព្យាបាលដោយ Cotrimoxazole				
រៀងរាល់១ – ៣ ខែម្តង (អាស្រ័យស្ថានភាពរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់)។	✔	✔	✔VL រៀងរាល់ខែ ៥៦៧ បន្ទាប់មកនៅ ខែ១១ ខែ១២១៣, ខែ ២៣២៤២៥ ខែ៣៥៣៦៣៧ ។ល។ ✔CD4 រៀងរាល់ខែ ៥៦៧	បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole ស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុង តារាងទី ២.៤ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម បញ្ឈប់ការតាមដានដោយធ្វើតេស្ត CD4 ស្របតាម លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៅក្នុងជំពូក ១១. តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយCotrimoxazole និងការតាមដោយធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4				
រៀងរាល់១ – ៣ ខែម្តង	✔	✔	✔VL រៀងរាល់ខែ ១១១២១៣	

តារាងទី ២-២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការស្រាវជ្រាវរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ជំងឺរបេង ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និង អ្នកជំងឺមេរោគអេដស៍រៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ

កាលពី៤សប្តាហ៍មុន សួរអ្នកជំងឺថា តើគាត់មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកណាខ្លះដូចខាងក្រោម?
1. ក្អក: គ្រប់ពេល ជួនយូរ ជួនឆាប់ (any time, any duration)
2. គ្រុនក្តៅ: គ្រប់ពេល ជួនយូរ ជួនឆាប់ (any time, any duration)
3. បែកញើសពេលយប់: រយៈពេល ≥ ២ សប្តាហ៍
4. ស្រកទម្ងន់ និង ត្រូវថ្លឹងទំងន់អ្នកជំងឺរៀងរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទម្ងន់គាត់ដែលបានថ្លឹងកាលពីគាត់មកពិគ្រោះជំងឺលើកមុន។

តារាងទី ២-៣ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ

ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ	សេវា Pre ART	ការតាមដានចំពោះអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថជួរទី១	ការព្យាបាលបរាជ័យ	ការតាមដានចំពោះអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថជួរទី២
HIV Ab	✔			
រាប់ចំនួនកោសិកា CD4	✔ មិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្តមុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ទេ។	✔ ធ្វើតេស្តCD4 រៀងរាល់៦ខែម្តង បើកំពុងព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និង/ឬ ករណី តេស្ត VL មិនបានធ្វើជាប្រចាំ។ **បញ្ឈប់ការធ្វើតេស្ត CD4** ជាប្រចាំ ពេលឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុង ជំពូកទី១១. តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ	✔ បើមានជំងឺឱកាសនិយមថ្មី រួមទាំង ជំងឺរបេង។ ✔tនៅពេលប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។	✔ធ្វើតេស្តCD4 រៀងរាល់៦ខែម្តង បើកំពុងព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និង/ឬ ករណី តេស្ត VL មិនបានធ្វើជាប្រចាំ។ **បញ្ឈប់ការធ្វើតេស្ត CD4** ជាប្រចាំ ពេលឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុង ជំពូក ១១. តាមដានការឆ្លើយតទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ

		ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍		ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
តេស្ត Viral Load	**មិនបាច់ធ្វើទេ**	✔ខែទី៦, ខែទី១២, ខែទី២៤, ខែទី៣៦ ។ល។	✔ ធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីបញ្ជាក់សម្រាប់ "targeted" តាមដាន។	✔ខែទី៦, ខែទី១២, ខែទី២៤, ខែទី៣៦ ។ល។
AST/ALT	✔	✔ខែទី១, ខែទី៣	✔	✔ខែទី១, ខែទី៣
Hb	✔ បើមានគំរោងប្រើ AZT	✔ បើប្រើ AZT, ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់៦ខែម្តង	✔បើមានគំរោងប្រើ AZT	✔If on AZT, ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់៦ខែម្តង
Urine dipstick Serum creatinine, (calculate eGFR)	✔	✔ ✔ បើប្រើ TDF ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់១២ខែម្តង	✔	✔ ✔ បើប្រើ TDF ត្រូវធ្វើតេស្តនៅខែទី១, ខែទី៣ បន្ទាប់រៀងរាល់១២ខែម្តង បើមិនប្រើ TDF រៀងរាល់១២ខែម្តង
HBs Ag	✔ បើ ↑ ALT ✔ បើត្រូវពិចារណារមិនទាន់ចាប់ផ្តើមប្រើ TDF។		✔ បើមិនដឹងត្រូវពិចារណារបញ្ឈប់ប្រើ TDF	
Diabetes screen			✔បើប្តូរទៅប្រើ PI	✔បើប្រើ PI, ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់១២ខែម្តង
Serum lipids			✔បើប្តូរទៅប្រើ PI	✔ បើប្រើ PI, ត្រូវធ្វើតេស្តរៀងរាល់១២ខែម្តង

តារាងទី ២-៤ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម

	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល	កំរិតដូស	លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាល
Cotrimoxazole	*សូមអានៈ ជំពូកទី៥ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម*		
	• CD4 < ៣៥០ • TB ទោះបីមាន CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ • WHO ដំណាក់កាលទី ៣ឬទី៤ • គ្រប់ក្មេងជំទង់ទាំងអស់ បើគ្មាន Contraindication ។	១ DS; (TMP-១៦០ម.ក្រ , SMX-៨០០ម.ក្រ) លេបរាល់ថ្ងៃ *ឬ* ២ SS; (TMP-៨០ម.ក្រ, SMX-៤០០ម.ក្រ) លេបរាល់ថ្ងៃ ។	អាយុ ≥ ២០ឆ្នាំ *និង* គ្មានជំងឺរបេងសកម្ម *និង* តេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ *និង* តេស្ត CD4 > ៣៥០ ពេលធ្វើពីរដងជាប់គ្នា > ៦ខែម្តង។
ការព្យាបាលបង្ការដោយIsoniazid (IPT)	*សូមអាន ជំពូកទី៦ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និង ការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការដោយ ឱសថ* Isoniazid (IPT)		
	គ្រប់ PLHIV ទាំងអស់ (រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ) ដែលគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម ត្រូវព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ IPT ឱ្យមានមួយវគ្គ (one course) បើគ្មាន Contraindication ។	ប្រើ Isoniazid ៣០០ ម.ក្រ /ថ្ងៃ + pyridoxine ៥០ម.ក្រ/ថ្ងៃ (បើទំងន់ < ៤០គ.ក្រ Isoniazid ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ)	ក្រោយពីព្យាបាលបាន ៦ខែ ។
ការព្យាបាលដោយឱសថ	*សូមអានជំពូកទី៧ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវមេរោគ* Cryptococcus *និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ*		
Fluconazole តែក្នុងករណីដែលគ្មានតេស្តស្រាវជ្រាវ CRAG	CD4 < ១០០ បើគ្មាន contraindication	ប្រើ Fluconazole ១០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	តេស្ត VL រកមិនឃើញមេរោគ *និង* តេស្ត CD4 >១០០ ពេលធ្វើពីរដងជាប់គ្នា >៦ខែម្តង។

តារាងទី ២-៥ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង

របបអាហារ និងការផ្លាស់ប្តូរជីវិតរស់នៅ គឺអាស្រ័យទៅតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ដែលមានទម្ងន់ស្រាល/លើសទម្ងន់/ទម្ងន់ធម្មតា និងកត្តាប្រឈមមុខផ្សេងទៀត ដូចជា មានជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ទឹកនោមផ្អែម ។ល។
របបអាហារ: ត្រូវផ្តោតលើការបរិភោគអាហារ ចំពោះមនុស្សភាគច្រើន • បរិភោគប្រេតេអ៊ីនច្រើន (តៅហ៊ូ សណ្តែក សាច់មាន់ ត្រី)។ • បរិភោគបន្លែច្រើន (៥ x ៤០០– ៥០០ក្រ នៃបន្លែ និងផ្លែឈើក្នុងមួយថ្ងៃ)។ • បរិភោគខ្លាញ់តិច (ចៀសវាងអាហារចំអិនខ្លាំងពេក (ខ្លោច) ស្បែកជាប់ខ្លាញ់ ដូចជា ស្បែកជ្រូក/មាន់។ • បរិភោគជាតិស្ករតិច (ភេសជ្ជៈ (soft drinks) ជាតិផ្អែម ទឹកដោះគោ (condensed milk)។ • បរិភោគជាតិអំបិលតិច (ប្រហុក MSG ទឹកត្រី ទឹកជ្រលក់ (soy sauce) និង សាច់ឬ ត្រីប្រឡាក់) ដោយប្រើរស់ជាតិផ្សេងជំនួសវិញ ដូចជា ទឹកក្រូចឆ្មារ ម្រេច និង បន្លែជីផ្សេងៗ។ • បន្ថយការបរិភោគអាហារកែឆ្នៃ(processed foods) ជាទូទៅ មានជាតិអំបិល ជាតិខ្លាញ់ និងជាតិស្ករច្រើន។
ទំងន់: ត្រូវរក្សាកម្រិត BMI ឱ្យនៅចន្លោះ ១៨,៥ – ២២,៩ (សូមមើល ៣៣.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់)
ជាតិស្រវឹង (Alcohol): ត្រូវទទួលទានក្នុងកម្រិតជាអតិបរិមា២ស្តង់ដាក្នុងមួយថ្ងៃ ≥មិនសេពគ្រឿងស្រវឹង២ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍(2 alcohol free days)។
មិនជក់បារី
ការហាត់ប្រាណ: ត្រូវហាត់ប្រាណរយៈពេល៣០នាទីរៀងរាល់ថ្ងៃ (ឧ. ការដើរលឿន) (ត្រូវហាត់ប្រាណខ្លាំងជាងនេះ បើចង់សម្រកទម្ងន់)។

ការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះ ក្រុមប្រជាជនពិសេស

ជំពូក ៣. ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ

តម្រូវការជាពិសេស ចំពោះស្ត្រីដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍គឺ សុខភាពបន្តពូជ ។

- នៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ត្រូវពិនិត្យស្ត្រី សួរគាត់ថា តើអ្វីគាត់ចង់បានអ្វីទាក់ទងនឹងសុខភាពបន្តពូជ អាចជា:
  - រង់ចាំពេលវេលាសមស្រប ដែលគួរមានគភ៌ ?
  - ឬ មានបំណងចៀសវាងការមានគភ៌ ?
- បើសិនជា គាត់លេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយ *តេស្ត VL មិនអាចរកមេរោគអេដស៍ឃើញ* ហើយគាត់មានបំណងចង់មានកូន គឺគាត់មានការប្រឈមមុខតិចបំផុតក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូជាបុរស និងឆ្លងទៅទារក ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះ។

៣.១ ផែនការក្នុងការមានគភ៌

- ផ្តល់យោបល់ដល់ស្ត្រី អំពីពេលវេលាសមស្របដែលគាត់គួរមានគភ៌ ដោយមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពគាត់គឺ ក្រោយពេលគាត់ចូលក្នុងកម្មវិធី PMTCT បានរយៈពេលពី ៦ ទៅ ១២ខែ ដោយបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ការធ្វើតេស្ត VL រកមេរោគអេដស៍មិនឃើញ មានចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើងវិញ និង បានបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។

៣.២ ការពន្យាកំណើត

- ចំពោះស្ត្រីដែលចង់ពន្យាពេលឬមិនចង់មានគភ៌ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគាត់អំពី មធ្យោបាយការពារមិនឱ្យមានកូន៖
  - ជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រទ្វេភាគ (dual methods) នៃការការពារកុំឱ្យមានកូន ជាជាងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យតែមួយមុខ ដែលមានអត្រាបរាជ័យខ្ពស់ក្នុងការបង្ការការមានផ្ទៃពោះ។
  - ឱសថការពារមិនឱ្យមានកូន: ថយចុះប្រសិទ្ធភាព បើប្រើកម្រិតដូសទាបនៃការលេបថ្នាំពន្យាកំណើត នៅពេលប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងក្រុម NNRTI និងក្រុម PI ។ ការចាក់ថ្នាំ (Depo- Provera) ឬ LARC (long acting reversible contraception) ដូចជា វិធីសាស្ត្របង្កប់ក្រោមស្បែក (implants) និងដាក់កង IUD ដែលស្ត្រីភាគច្រើនចូលចិត្តប្រើ។

៣.៣ ការពន្យាកំណើតជាបន្ទាន់សម្រាប់ស្ត្រី កំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

  - បង្ការការមានផ្ទៃពោះក្នុងករណីបន្ទាន់ ត្រូវធ្វើឱ្យបានឆាប់បំផុត ≤ ៥ថ្ងៃ។

- បើព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin NNRI ឬ PI: ត្រូវបង្កើនកម្រិតដូសថ្នាំពន្យាកំណើតទ្វេដង (កម្រិតដូសធម្មតា គឺ ១,៥ mg) = ៣ mg levonorgestral ត្រូវប្រើតែមួយកម្រិតដូស [៨]។

៣.៤ ផ្តល់ការគាំទ្រស្ត្រី ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្ត VL ដើម្បីតាមដានកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ

- ស្ត្រីដែលមានលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន មុនពេល ឬនៅពេលមានផ្ទៃពោះ ឬនៅពេលបំបៅដោះកូន ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ដោយប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (TDF+3TC+EVF) និង លេបថ្នាំ cotrimoxazole បើអាចប្រើបាន។
- ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេស លើការគាំទ្រគាត់ ឱ្យលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ នៅពេលមានផ្ទៃពោះ ។
- គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។
- ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load តាមដានបន្ថែម លើសពីកាលវិភាគធ្វើតេស្ត Viral load ធម្មតា ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៖
  - បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL រយៈពេល៣ខែក្រោយ ។
  - បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ហើយ ត្រូវធ្វើតេស្ត VL នៅពេលទើបមានគភ៌ (បន្ទាប់មក ធ្វើតេស្តស្របតាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តVL) ។
- ការគ្រប់គ្រងកម្មវិធី PMTCT និងការព្យាបាលបង្ការមេរោគអេដស៍ និងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ចំពោះកុមារ ត្រូវអនុវត្តស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពី PMTCT និង និយាមបែបបទជំរុញការអនុវត្តន៍ខ្លាំងក្លានៃវិធីសាស្រ្តឆ្លើយតបរួមគ្នារបស់ NCHADS និង MCH [៩] គោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពី PMTCT ដែលទើបតែកែសម្រួលថ្មី និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើកុមាររបស់ NCHADS។

  ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន (Cervical carcinoma) បណ្តាលមកពីវីរុស HPV កើតឡើងជាញឹកញាប់ចំពោះស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរាលដាល (invasive cervical cancer) ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលទី៤របស់ WHO ។ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវ ជ្រាវរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន បើសិនជាមានសេវានេះ និងត្រូវទទួលការព្យាបាលជំបៅមុនពេលក្លាយមហារីក (precancerous lesions) (សូមអានជំពូកទី៣២៖ ទំនាក់ទំនងរវាងជំងឺអេដស៍ និងជា ជំងឺមហារីក)។

---

[៨] គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក ជំងឺរបេង/អេដស៍ របស់អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន ២០១៥ ទំព័រ ៨៥

[៩] និយាមបែបបទសំរាប់អនុវត្តវិធីសាស្រ្តឆ្លើយតបរួមគ្នារវាង អេដស៍និង សុខភាពបន្តពូជដើម្បីលុបបំបាត់ការឆ្លងអេដស៍ថ្មីលើកុមារនិងការឆ្លងស្វាយពីកំណើត ក្នុងប្រទេសកម្ពុជា

ជំពូក ៤. ក្មេងជំទង់

- អង្គការ WHO ឱ្យនិយមន័យ ក្មេងជំទង់ គឺជាក្មេងដែលមានអាយុចន្លោះពី១០ ទៅ ១៩ ឆ្នាំ[១០] ។
- ប្រទេសកម្ពុជា បានផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារអាយុត្រឹម ១៥ ឆ្នាំ និងត្រូវបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ពេលកុមារឈានចូលវ័យជំទង់។

- **ក្មេងជំទង់រស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍** (ALHIV) **គឺជាក្មេងជំទង់ដែល៖**
- ឆ្លងមេរោគអេដស៍ជុំវិញពេលបង្កកំណើត (perinataly-acquired) និងត្រូវបានបញ្ជូនពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅទទួលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ (ករណីភាគច្រើននៃក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា) ។
- បាន ឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មី តាមរយៈការប្រព្រឹត្តិផ្លូវភេទ ការចាក់គ្រឿងញៀន ការចាក់ថ្នាំគ្មានសុវត្ថិភាព ឬការចាក់បញ្ចូលឈាម ហើយភាគច្រើននៃក្មេងជំទង់ទាំងនេះ មកទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យផ្ទាល់តែម្តង ។
- ក្មេងស្រីជំទង់មួយចំនួនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍នៅសេវាសម្ភព ។

- **ការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍** ក្មេងជំទង់ ត្រូវមកទទួលសេវាធ្វើតេស្តឈាមរក មេរោគអេដស៍ ដែលមានប្រព័ន្ធថែរក្សាការសំងាត់ និងទទួលបានការយល់ព្រម (informed consent) ពីក្មេងជំទង់ជាមុនសិន។

- **ប្រឈមនឹងបញ្ហាផ្លូវចិត្ត**

ក្មេងជំទង់ គឺជាក្រុមប្រជាជនដែលមានលក្ខណៈចម្រុះគ្នា (heterogeneous group) ហើយរីកលូតលាស់តាមលក្ខណៈធម្មជាតិ ផ្នែករាងកាយ ផ្នែកសតិបញ្ញា និងការទំនងទំនងសង្គមយ៉ាងលឿនតាមកម្រិតខុសៗគ្នានៃភាពពេញវ័យ ព្រមទាំងមានការទទួលខុសត្រូវខុសៗគ្នា ទាំងនៅក្នុងគ្រួសារ និងក្នុងសហគមន៍ ។

ភាគច្រើននៃកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលសំរាលមានការប្រឈមមុខជាមួយនឹងការរើសអើង និងម៉ាក់ងាយនៅពេលឈានចូលវ័យជំទង់ រួមទាំង ការលូតលាស់មិនបានល្អ (stunted growth) ការសិក្សារៀនសូត្របានលទ្ធផលមិនសូវល្អ ដោយសារអវត្តមានញឹកញាប់ ។ ពួកគេអាចជាក្មេងកំព្រា ឬ រស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬ ជាមួយអ្នកថែទាំដែលមិនសូវផ្តល់នូវក្តីអាណិតមេត្តាចំពោះគេ ។ គេអាចវិវត្តន៍ទៅភាពពេញវ័យយឺតយ៉ាវ និង មិនសូវមានការទុកចិត្តលើខ្លួនឯង ។

---

[១០] អេដស៍និង ក្មេងជំទង់:គោលការណ៍ណែនាំ ផ្តល់ប្រឹក្សានិង តេស្តរក HIV និងការថែទាំក្មេងជំទង់ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍: អនុសាសន៍សំរាប់យុទ្ធសាស្ត្រសាធារណៈនិងការពិចារណាសំរាប់អ្នកគ្រប់គ្រងនិងអ្នករៀបចំគោលនយោបាយ អង្គកាសុខភាពិភពលោក ២០១៣។

ក្មេងទំទង់ ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមមធ្យោយបាយផ្សេងៗ មានតម្រូវការដោយឡែកៗពីគ្នា ។ ពួកគាត់អាចមកពីក្រុមប្រជាជនចំណុច ដូចជា ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស ក្រុមបំលែងភេទ ក្រុមអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន និង/ឬ អាចជាក្រុមបម្រើសសេវាផ្លូវភេទ ។ ក្រុមនេះ ជាទូទៅ គឺជាក្រុមដែលមានការប្រព្រឹត្តិប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ហើយអាចមានបញ្ហាប្រឈមជាមួយនឹងការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ មិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ ។ ក្មេងជំទង់ក្រុមនេះ ក៏ត្រូវការសេវាផែនការគ្រួសារ និងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគផងដែរ។

- **ការផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ**

ក្មេងជំទង់ភាគច្រើន មានកង្វល់និងព្រួយបារម្ភណ៍ អំពីការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ដែលជាពេលវេលាដ៏ពិបាកក្នុងការសម្រួលសម្រួលដោយបង្កើននូវការទទួលខុសត្រូវ និង ក្តីរំពឹងទុកជាមុន នៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ។

គោលបំណងនៃការផ្ទេរពីសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកុមារទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ ដោយជោគជ័យគឺ ការរក្សាក្មេងជំទង់ឱ្យបន្តមកទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលជាប់ជានិច្ច រក្សានូវការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ បង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការបន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ និងបានទទួលការគាំទ្រទាំងផ្នែកគ្លីនិក និង ផ្លូវចិត្ត ដើម្បីក្លាយជាយុវជនដែលមានទាំង សុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តល្អ។

ក្មេងជំទង់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន ដែលត្រូវផ្ទេរពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺកុមារទៅសេវាមនុស្សពេញវ័យ មានអាយុចន្លោះពី **១៥និង២០ឆ្នាំ** ។ ក្មេងជំទង់ដែលបង្ហាញ ពីភាពម្ចាស់ការនៃការសំរេចចិត្ត និងការទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯងក្នុងការថែទាំ និងព្យាបាល អាចនឹងទៅទទួលសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺមនុស្សពេញវ័យបានឆាប់ជាង ។

- **គាំទ្រក្នុងការផ្ទេរ និងការផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ដល់ក្មេងជំទង់ឱ្យបានសមស្រប**

ត្រូវទាមទារឱ្យសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ មានកិច្ចសហការល្អជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ទាំងនៅកម្រិតនៃការផ្តល់សេវា និង នៅកម្រិតអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ដើម្បីគាំទ្រក្នុងការផ្ទេរក្មេងជំទង់ ដោយធានាឱ្យបានទទួលសេវា ដែលទាក់ទាញក្មេងជំទង់ឱ្យចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់ "adolescent friendly" ។

៤.១ រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ សម្រាប់ក្មេងជំទង់

រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធគ្លីនិកនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ សម្រាប់ក្មេងជំទង់
១. ចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួល សម្រាប់ទំនាក់ទំនង រវាងសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ និងសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ។

២. បង្កើតនិយាមបែបបទជាក់លាក់ ក្នុងការទទួលក្មេងទំទង់ ដែលទើបតែបញ្ជូនមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ រួមមាន៖ • តម្រង់ទិសពីហេដ្ឋារចនាសម្ព័ន្ធរូបវន្ត នៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ។ • ណែនាំពីបុគ្គលិកនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ។ • ពន្យល់ពីលំហូរនៃសេវាគ្លីនិក ។ • ពន្យល់ឱ្យច្បាស់ អំពីវិន័យពេលមកដល់គ្លីនិកយឺតយ៉ាវ និងពេលដើរចូលមកគ្លីនិក ។ • ចាត់តាំងបុគ្គលិកគ្លីនិកម្នាក់ ជាអ្នកទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់ជាមួយអ្នកជំងឺ ដោយផ្តល់ជូនព័ត៌មានទំនាក់ទំនង ដូចជា ពេលវេលាដែលអាចទាក់ទងបាន ។

រៀបចំរចនាសម្ព័ន្ធដើម្បីធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ដើម្បីទាក់ទាញក្មេងជំទង់ឱ្យចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់សេវា " adolescent friendliness " ៖
១. រៀបចំកាលវិភាគប្រចាំសប្តាហ៍របស់គ្លីនិកជាក់លាក់ សម្រាប់ផ្តល់សេវាជូនក្មេងទំទង់ ។ ២. កាត់បន្ថយពេលវេលារង់ចាំ និងផ្តល់ការពិគ្រោះជំងឺឱ្យបានយូរ ។ ៣. អញ្ជើញអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា/ក្រុមមិត្តជួយមិត្ត (PSW) មកពីសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារមកចូលរួម ។ ៤. រៀបចំប្រជុំ MMM (មិត្តគាំទ្រមិត្ត)នៃក្រុមក្មេងជំទង់ ។ ៥. ធានាថា មិនតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់ ។ ៦. សហការក្នុងភាពជាដៃគូជាមួយអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រជាក់លាក់ដល់ក្មេងជំទង់ បន្ថែមពីសេវាដែលគ្លីនិក ។ ៧. បណ្តុះវប្បធម៌របស់គ្លីនិកដោយគ្មានការរិះគន់ ការវាយតម្លៃ ប៉ុន្តែ មានការទទួលស្វាគមន៍រាក់ទាក់ពីសំណាក់បុគ្គលិករបស់គ្លីនិក នៅគ្រប់ពេលទាំងអស់ ។

គ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារ ត្រូវរៀបចំក្មេងជំទង់ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ដូចតទៅ ៖

១. រៀបចំផែនការអន្តរកាលជាមួយក្មេងជំទង់ គ្រួសារ និង អ្នកផ្តល់សេវា ។

២. ផ្តល់ការអប់រំ និងជំនាញតាមរយៈការបណ្តុះបណ្តាលក្មេងជំទង់ មុនពេលបញ្ជូន ដើម្បីឱ្យពួកគេមានសមត្ថភាព ក្នុងការ ៖

- យល់ដឹងអំពីការស្វែងរកសេវាថែទាំ និងព្យាបាល នៅពេលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរ ឬករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។
- កំណត់រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងរៀបរាប់រោគសញ្ញាគ្លីនិកទាំងនោះ ។
- ការណាត់ជួប លុបចោលការណាត់ជួប និងរៀបចំការណាត់ជួបគ្រូពេទ្យ សារជាថ្មី ។
- មកតាមកាលកំណត់នៃការណាត់ជួប ។
- ទូរស័ព្ទមកមុន ករណីត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ។

- ធានាថាត្រូវមានថ្នាំលេបគ្រប់គ្រាន់ទុកនៅផ្ទះ មុនពេលត្រូវណាត់ជួបគ្រូពេទ្យលើកក្រោយ។
- យល់ដឹងពីសារៈសំខាន់នៃការតាមដាន ការថែទាំសុខភាព និងអាចទទួលការខុសត្រូវក្នុងការព្យាបាល និងការសំរេចចិត្តដោយខ្លួនឯង ។

៣. ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារ/ក្មេងជំទង់ ត្រូវជួយក្មេងជំទង់ ស្វែងរកសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យដែលសមស្របចំពោះពួកគាត់ ។

៤. ធានាថា ការបញ្ជូនត្រូវធ្វើឡើង នៅពេលស្ថានភាពសុខភាពរបស់ក្មេងជំទង់មានលំនឹង ។

ក្រោយពីបានបញ្ជូនក្មេងជំទង់ទៅទទួលថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ

អ្នកផ្តល់សេវាមនុស្សពេញវ័យ ត្រូវធ្វើការជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកុមារ ក្នុងករណីដែលក្មេងជំទង់បានដកខ្លួនចេញពីការទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ហើយត្រឡប់ទៅទទួលនៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍កុមារវិញ ដើម្បីសម្របសម្រួល និងជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យត្រឡប់ទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យវិញ ។

៤.២ ការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត និងសង្គម

សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវបន្តផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តដល់ក្មេងជំទង់រួមមាន៖

- ការស្វែងរក និងការដោះស្រាយវិបត្តិ ឧ. មានបំណងសម្លាប់ខ្លួន គ្មានផ្ទះសំបែងស្នាក់នៅ។ល។
- សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ជំរុញលើកទឹកចិត្តការអនុវត្តន៍ការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទដោយសុវត្ថិភាព។
- ផ្តល់ភាពទទួលបាននូវផលប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងសេវាផ្សេងៗ។
- គាំទ្រយុវជន ក្នុងការថែទាំសុខភាពខ្លួនឯង និងការអនុវត្តន៍ធ្វើឱ្យជីវិតបានប្រសើរឡើង ។
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពរុំរ៉ៃ ឧ. ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។
- បង្កើនជំនាញក្នុងការរស់នៅដោយខ្លួនឯង និង ការផ្លាស់ប្តូរពីកុមារភាពទៅកាន់មនុស្សពេញវ័យ។

ការផ្តល់ប្រឹក្សាចំពោះក្មេងជំទង់ រួមមាន៖ គាំទ្រការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ អប់រំអំពីសុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ពន្យល់អំពីទំនាក់ទំនងស្នេហាដែលមានមនោសញ្ចេតនា ព្រមទាំងការទម្លាយពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រាប់ដៃគូ និងប្រាប់មនុស្សសំខាន់ផ្សេងទៀត ។

អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបង្ហាញពីការគោរព និងការស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ ដោយមិនវាយតម្លៃរាល់ជម្រើសផ្សេងៗ និង ក្តីបារម្ភណ៍របស់ក្មេងជំទង់។

អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវពិភាក្សាជាមួយក្មេងជំទង់ អំពីវិធីសាស្ត្រកាត់បន្ថយកត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍ ដោយមិនអាចនិយាយជាចំហនៅចំពោះមុខឪពុក ម្តាយ ឬអ្នកថែទាំ ។

ការផ្តល់ប្រឹក្សាជាក្រុម អាចជួយឱ្យក្មេងជំទង់បង្កើនទំនុកចិត្តលើខ្លួនឯង ដោយផ្តល់ទីកន្លែងសម្រាប់ជួបជុំគ្នានៅក្នុងគ្លីនិក អញ្ជើញអ្នកជំនាញ ហើយមន្ត្រីសុខាភិបាលជួយសម្របសម្រួលពីដំណើរការបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់ការជួបជុំគ្នារបស់ក្មេងជំទង់ អនុញ្ញាតឱ្យគេបង្កើតជាក្រុម និង ទទួលបាននូវជំនាញទាំងអស់នេះ ។

៤.៣. បញ្ហាដោយឡែក ដែលត្រូវដោះស្រាយចំពោះ ក្មេងជំទង់

៤.៣.១ ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍

- **ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់** ៖ អង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់យោបល់ថា កុមារដែលស្ថិតក្នុងវ័យសិក្សាគួរតែ បើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ផ្ទុយទៅវិញ គេសង្កេតឃើញថា ក្មេងដែលមិនបានបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ភាគច្រើន មិនមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍បានជាប់លាប់ល្អទេ ។ ក្មេងជំទង់ដែលត្រូវបញ្ជូនទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវតែប្រាប់គេពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ជាមុនៗពេលបញ្ជូន ។
    - ពេលវេលាដែលត្រូវបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់ទាំងអស់ ត្រូវធ្វើឡើងក្នុងចន្លោះអាយុ ៦ ទៅ ១២ឆ្នាំ ។
    - ករណីដែលការបើកចំហអំពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រព្រឹត្តទៅក្រោយពេលពេញវ័យជាទូទៅក្រោយអាយុ ១២ឆ្នាំ អាចនឹងមានផលប៉ះពាល់ជា អវិជ្ជមាន ដូចជាការព្យាបាលមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និង ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ។

- **កត្តាប្រឈម និងផលប្រយោជន៍នៃការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ប្រាប់អ្នកដទៃ៖** ត្រូវ ផ្តល់ប្រឹក្សាក្មេងជំទង់ អំពី៖
    - *សក្តានុពលនៃផលប្រយោជន៍នៃការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍* ដូចជា ក)ការបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ដល់អ្នកដទៃដើម្បីទទួលតម្រូវការគាំទ្រសេវាថែទាំ និង ព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និង ខ)ការបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ដល់ដៃគូរួមភេទដើម្បីចូលរួមអនុវត្តការរួមភេទប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ក្នុងគោលបំណងបង្ការការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍។
    - *សក្តានុពលនៃកត្តាប្រឈមមុខនៅពេលបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍* ដូចជា ការម៉ាក់ងាយ ការរើសអើង ការបោះបង់ចោល និងអំពើហឹង្សា ។

- ក្មេងជំទង់ត្រូវការការផ្តល់អំណាច និងផ្តល់ការគាំទ្រក្នុងការសំរេចចិត្តក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ថា តើគួរបើកចំហនៅពេលណា? ដោយរបៀបណា? និងចំពោះអ្នកណា? ។

- ជាទូទៅ ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ជាមួយដៃគូ គឺវាខុសគ្នា រវាងក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យ៖
  - ក្មេងជំទង់មិនសូវរក្សាទំនាក់ទំនងជាមួយដៃគូបានយូរទេ ។
  - ក្មេងជំទង់អាចគ្មានចំណេះដឹង និងជំនាញក្នុងការគ្រប់គ្រងអារម្មណ៍ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាលំបាកដែលអាចកើតឡើង នៅពេលបើកចំហស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូ រួមទាំង ការឈប់ទាក់ទងគ្នា ។
  - វិសមភាពអំណាចកើតមានឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងចំណោមក្មេងជំទង់ (ឧ. រវាងក្មេងស្រីជំទង់ និងដៃបុរសដែលមានអាយុច្រើនជាង) អាចបណ្តាលឱ្យក្មេងជំទង់រងគ្រោះនឹងភាពឯកោ ឬរងនូវអំពើរំលោភបំពាន ក្រោយពីបានបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ។

- អ្នកថែទាំក្មេងជំទង់ ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រក្មេងជំទង់ក្នុងការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៅក្នុងសហគមន៍ ដែលគេធ្លាប់មានបទពិសោធន៍ទទួលរងនូវការម៉ាក់ងាយ និងរើសអើង។

៤.៣.២ សុខភាពបន្តពូជ និងសុខភាពផ្លូវភេទ

ក្មេងជំទង់ត្រូវមានការយល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់អំពី៖

- ចំណេះដឹងជាមូលដ្ឋាន អំពីសុខភាពបន្តពូជ និងវិធីការពារកុំឱ្យមានកូន ដើម្បីចៀសវាងការមានផ្ទៃពោះ ។ ស្ត្រីស្ថិតនៅក្នុងវ័យសកម្មផ្លូវភេទ ត្រូវបានផ្តល់យោបល់ឱ្យប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្របង្ការកំណើតទ្វេ (dual contraceptive methods) ដោយប្រើអរម៉ូនបង្ការការមានគភ៌ ដែលមានសកម្មភាពយូរ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អ ។
- ការបង្កជំងឺកាមរោគ៖ ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការបង្ការ ទីកន្លែងផ្តល់សេវាពិនិត្យ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ។
- សិទ្ធិបុគ្គលក្នុងការបង្ការការឆ្លងរាលដាលមេរោគអេដស៍នៅពេលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទ។

៤.៣.៣ ក្មេងជំទង់ និងការមកទទួលសេវាឱ្យបានជាប់លាប់រហូត

- បញ្ហាប្រឈមដ៏ចម្បងទាំងគ្រូពេទ្យព្យាបាលនិងក្មេងជំទង់គឺ ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ឱ្យបានជាប់លាប់រហូត ហើយបណ្តាលឱ្យមានផលវិបាក ទាំងចំពោះបុគ្គល និងសុខភាពសាធារណៈ។

- ផ្តល់សេវាថែទាំនិងព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈទាក់ទាញឱ្យក្មេងជំទង់ចូលចិត្តមកប្រើប្រាស់ "adolescent friendly" និងឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់ក្មេងជំទង់រស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ។
- ស្វែងរករបាំងនៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដោយស្តាប់រាល់ក្តីបារម្ភណ៍របស់ក្មេងជំទង់ម្នាក់ៗ និងពិភាក្សាជាមួយគាត់ដើម្បីស្វែងរកដំណោះស្រាយសមស្របនូវក្តីបារម្ភទាំងអស់នោះ និងដោយគ្មានការវាយតម្លៃ ។
- បើសិនជាអាច ត្រូវជ្រើសរើសក្រុមមិត្តគាំទ្រមិត្ត និងអង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល ដើម្បីគាំទ្រការងារនេះ។
- ត្រូវប្រើប្រាស់យន្តការនៃការស្រាវជ្រាវករណីសកម្មមេរោគអេដស៍ដើម្បីធានាឱ្យបានថាក្មេងជំទង់គ្រប់គ្នានៅបន្តប្រើប្រាស់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ជាប់លាប់រហូត ។

៤.៤ បញ្ហារោគសញ្ញាគ្លីនិក នៃការថែទាំនិងព្យាបាលក្មេងជំទង់

បញ្ហារោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃការថែទាំនិងព្យាបាលក្មេងទំទង់

• **ចំណាត់គ្លីនិករបស់ WHO** សម្រាប់ក្មេងជំទង់អាយុ ≥១៥ឆ្នាំ ដូចគ្នាជាមួយនឹងមនុស្សពេញវ័យដែរ រីឯកុមារអាយុ < ១៥ឆ្នាំ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយនឹងកុមារ ។
• **ការចាប់ផ្តើម ART** លើក្មេងជំទង់ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ។
• ***រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍*** លើក្មេងជំទង់ ≥ ៣៥ គ.ក្រ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ បើទំងន់<៣៥ គ.ក្រ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយនឹងកុមារ។
• **ជំងឺមិនឆ្លង**: គ្រប់ក្មេងជំទងដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅកំឡុងពេលសំរាលកូន នឹងប្រឈមមុខនឹងការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ និងមានផលវិបាកមេតាបូលិកនៃមេរោគអេដស៍ ឧ. ការលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម(hyperlipidaemia) ។
• **ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម**:
  ◦ ត្រូវប្រើ Cotrimoxazole ជាប្រចាំលើគ្រប់ក្មេងជំទង់ទាំងអស់ ហើយនៅពេលដែលគេក្លាយជាមនុស្សពេញវ័យ នៅអាយុ២០ឆ្នាំ ត្រូវអនុវត្តតាមគោលការណ៍នៃការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការរបស់មនុស្សពេញវ័យ ។
  ◦ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការព្យាបាលដោយ IPT ចំពោះក្មេងជំទង់ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ។
  ◦ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ Cryptococcus ចំពោះក្មេងជំទង់ គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម

ជំពូក៥. ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមជាបឋម

៥.១ ការព្យាបាលបង្ការជាបឋមដោយឱសថ Cotrimoxazole

- គោលបំណងជាបឋមនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole គឺដើម្បីបង្ការជំងឺ PCP ឬ PJP(Pneumocystis Jirovecii Pneumonia) ជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី។
- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole អាចនឹងចាប់ផ្តើម*ព្យាបាលបង្ការជាបឋម (Primary Prophylaxis)* ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមិនធ្លាប់កើតជំងឺនេះពីមុន ឬជា*ការព្យាបាលបង្ការទី២ (Secondary Prophylaxis)* ក្នុងករណីដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្លាប់បានកើតជំងឺទាំងនេះពីមុន ព្រោះថា ទោះបីជាការព្យាបាលបង្ការកុំឱ្យកើតជំងឺទាំងនេះ តែជំងឺនេះអាចនឹងកើតសារជាថ្មី ។

- ឱសថ Cotrimoxazole គឺជាគ្រាប់ថ្នាំគ្រាប់សំប៉ែតរួមបញ្ចូលគ្នា រវាង trimethoprim TMP និង sulfamethoxazole SMP ។

រូបមន្តនៃ cotrimoxazole:

- Cotrimoxazole DS (double strength) = TMP ១៦០ម.ក្រ /SMX ៨០០ម.ក្រ (ឬ ៩៦០ម.ក្រ)
- Cotrimoxazole SS (single strength) = TMP ៨០ម.ក្រ/SMX ៤០០ម.ក្រ (ឬ ៤៨០ម.ក្រ)
- Cotrimoxazole oral suspension = TMP ៤០ម.ក្រ/SMX ២០០ម.ក្រ ក្នុង ៥ ម.ល។

កម្រិតដូស និងវិធីប្រើ

- បើទំងន់ ≥ ៣៥ គ.ក្រ ប្រើ Cotrimoxazole DS លេប១ដង/ថ្ងៃ ឬលេប cotrimoxazole SS គ្រាប់ ២ដង/ថ្ងៃ ។
  បើទំងន់ < ៣៥គ.ក្រ ប្រើ cotrimoxazole SS លេប១ដង/ថ្ងៃ។
- បើការប្រើកម្រិតដូសស្តង់ដា cotrimoxazole ធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របាន (ដោយមូលហេតុផ្សេងៗ) អាចកាត់បន្ថយកម្រិតដូស cotrimoxazole ឱ្យលេប SS ១ដង/ថ្ងៃ ឬ ប្រើ Dapsone ១០០mg លេប១ដង/ថ្ងៃ (ដើម្បីព្យាបាលបង្ការជំងឺ PJP តែមួយ – សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)។
- លេប cotrimoxazoleពេលបរិភោគអាហារដើម្បីបង្ការផលវិបាកលើប្រដាប់រំលាយអាហារ(GIT)

៥.២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole

តារាងទី ៥-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ *Cotrimoxazole* លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ រួមទាំង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

	ក្មេងជំទង់អាយុ (១១-១៩ឆ្នាំ)	មនុស្សពេញវ័យអាយុ (≥ ២០ឆ្នាំ)
ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole	គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4	• កោសិកា CD4 < ៣៥០/មម៣ * • គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង • ដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤នៃ WHO ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4
ពេលណាដែលត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole	គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់	• កោសិកា CD4 <៣៥០/មម៣ និង/ឬ កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង • បើមានប្រវត្តិកើតជំងឺ PCP និងកោសិកា CD4 > ២០០/មម៣ (ត្រូវព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole លើកទីពីរដោយគ្មានពេលកំណត់)។
ពេលណាដែលត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole	មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ(បន្តព្យាបាលរហូតដល់ពេញវ័យ)	• ចំនួនកោសិកាCD4 > ៣៥០/មម៣ ក្រោយពីបានធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា២ដងឃ្លាតគ្នា៦ខែម្តង និងតេស្តVL រកមេរោគមិនឃើញនិងបានព្យាបាលជំងឺរបេងចប់។

* ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថcotrimoxazoleនៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺលើកទី១ និងប្រសិនបើចំនួន កោសិកា CD4>៣៥០ នោះអាចបញ្ឈប់ការព្យាបាល នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ នៅពេលបន្ទាប់នៅ២សប្តាហ៍ក្រោយ។

៥.៣ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole បើកោសិកា CD4 ថយចុះ ឬកើតជំងឺរបេងសកម្ម

- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole បើកោសិកា CD4 ថយចុះ<៣៥០ កោសិកា/មម៣ ឬមានជំងឺរបេងសកម្ម និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole គឺដូចគ្នា ។

៥.៤ ការហាមប្រើប្រាស់ឱសថ cotrimoxazol

- ប្រតិកម្ម allergy ខ្លាំងក្លាជាមួយឱសថ cotrimoxazole ឬជាមួយឱសថក្នុងក្រុម sulfa
- ជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- ជំងឺខ្វះឈាមក្រហមធ្ងន់ធ្ងរ ឬ neutropenia

- ជំងឺតម្រងនោមធ្ងន់ធ្ងរ: (eGFR <១៥មល/នាទី) ជំងឺតម្រងនោមកម្រិតមធ្យម (១៥ –៥០ម.ល/នាទី) → បន្ថយកម្រិតដូសដោយប្រើ ១SS លេប១ថ្ងៃ/ម្តង និងពិនិត្យមើល potassium។
- ថយចុះ Glucose-6-phosphate dehydrogenase(G6PD)។

៥.៥ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះកូន

- អង្គការ WHO បានអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថ cotrimoxazole ជាអាទិភាពចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយគេមិនទាន់មានភស្តុតាងណាមួយបញ្ជាក់ថា ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ បណ្តាលឱ្យមានការប្រែប្រួលរូបរាងកូនពីកំណើត (teratogenicity) នោះទេ ។ ផ្ទុយទៅវិញ ផលប្រយោជន៍បានមកពីការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole មានច្រើនជាងផលប៉ះពាល់របស់វា។
- រូបមន្តព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថ Cotrimoxazole សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ បានទទួលលទ្ធផលដូចគ្នាជាមួយនឹងការព្យាបាល intermittent preventive treatment (IPT) នៃជំងឺគ្រុនចាញ់ (ហាមប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់បន្ថែម)។

៥.៦ អន្តរកម្មឱសថ

- *ឱសថនេះបណ្តាលឱ្យរក្សាទុក potassium ក្នុងឈាម (retention) ឧ. ACE inhibitors*—បង្កើនហានិភ័យនៃ hyperkalaemia ដូច្នេះត្រូវតាមដានកំហាប់ potassium។
- ឱសថ Cotrimoxazole អាចមានឥទ្ធិពលលើការលេបឱសថបញ្ចុះជាតិស្ករ (hypoglycaemic agents) ត្រូវតាមដាន BSL។

៥.៧ ការតាមដាន

ភាពញឹកញាប់នៃការតាមដាន: ត្រូវតាមដាន១ខែ/ម្តងរហូតដល់ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង បន្ទាប់មករាល់៣ខែ/ម្តង ។

- ពិនិត្យមើលការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ។
- តាមដានប្រតិកម្ម hypersensitivity មានគ្រុនក្តៅ និងស្នាមកន្ទួលលើស្បែក។
- តាមដានផលប៉ះពាល់ផ្សេងទៀត ដូចជា GIT hyperkalaemia (ជាពិសេស ករណីប្រើប្រាស់ ACE inhibitor) ថយចុះខួរឆ្អឹង នាំឱ្យកើតជំងឺស្លេកស្លាំង (anaemia) neutropenia, thrombocytopenia ការរលាកថ្លើម ករណីកំរអាចមានគ្រួសក្នុងតម្រងនោម/ស្ទះបង្ហូរនោម វិបត្តិសរសៃប្រសាទ។

៥.៨ ប្រតកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Cotrimoxazole

- ជាទូទៅ អាចកើតឡើងក្នុងកំឡុងពេលពី២ទៅ៣ថ្ងៃ–២ទៅ៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីការព្យាបាល មានលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក និងមាន systemic symptoms៖ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និង គ្រុនក្តៅ កើតឡើងជាញឹកញាប់។
- រោគសញ្ញាលើស្បែក៖ ស្ងួត → ស្នាមកន្ទួលមានទឹក(wetrash) មានStevens-Johnson syndrome និងការរលួយស្បែក (toxic epidermal necrolysis) ។
- រោគសញ្ញាជាប្រព័ន្ធ (Systemic)៖ គ្រុនក្តៅពិបាកដកដង្ហើម (dyspnoea) + ក្អកមានeosinophilia រលាកថ្លើម រលាកតម្រងនោម (interstitial nephritis) lupus-like syndrome multi-organ hypersensitivity syndrome, vasculitis និង pancytopenia ។

៥.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់

- ការលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកម្រិតស្រាល(ស្បែកស្ងួត) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ហើយ ជាទូទៅ ត្រូវគ្រប់គ្រងដោយតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់ និងបន្តការព្យាបាលបង្ការដោយ ឱសថ cotrimoxazole ឬ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ករណី ស្នាមកន្ទួលនៅជាប់រហូត ។
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ (ជាទូទៅ មានចេញទឹករងៃ) មានស្នាមកន្ទួលស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ រួមមាន Stevens Johnson syndrome លេចចេញរោគសញ្ញា រលាកថ្លើម ជំងឺស្លេកស្លាំងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ pancytopaenia ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកមន្ទីរ ពេទ្យ។
- ករណីមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ការថយចុះ Hb ឬ គោលិកាឈាមស អាចគ្រប់គ្រងបានដោយកាត់ បន្ថយកំម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole។

តារាងទី ៥-២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ *Cotrimoxazole*

កម្រិតនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរ	បរិយាយ	គ្រប់គ្រងព្យាបាល
កម្រិតទី១	ឡើងស្នាមកន្ទួលក្រហម ហើយ រាលដាល (Patchy Erythema) អាចរមាស់	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល៣-៤ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើ ឱសថ Antihistamines ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគ សញ្ញា។
កម្រិតទី២	ឡើងស្នាមកន្ទួល Maculopapular ស្ងួត អាចលេចចេញជាទំរង់ Morbilliform Minimal Exfoliation	បន្តព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole តាមដានរយៈពេល១-២ថ្ងៃ ពិចារណាក្នុងប្រើ ឱសថ Antihistamines ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគ សញ្ញា។

កម្រិតទី៣	Vesiculation, ដំបៅ Mucosal	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole រហូតដល់ប្រតិកម្មបានជាសះស្បើយវិញ (ជាទូទៅ រយៈពេល២សប្តាហ៍) បន្ទាប់មកចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញ ឬត្រូវពិចារណាកាត់បន្ថយភាព Desensitization ។
កម្រិតទី៤	រលាកស្បែក Exfoliative, ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens-Johnson ឬ Erythema Multiforme, របកស្រកា (Moist Desquamation)	ត្រូវឈប់ប្រើឱសថ Cotrimoxazole ភ្លាម ត្រូវចូលសំរាកពេទ្យដើម្បីទទួលការថែទាំព្យាបាល។ **មិនត្រូវប្រើឱសថ Cotrimoxazole សារជាថ្មីទេ ។**

- ឱសថ Dapsone មានប្រសិទ្ធភាពតិចជាងឱសថ Cotrimoxazole ក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺ PCP និងមិនមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគបានទូលំទូលាយដូចឱសថ Cotrimoxazole ទេ។ គប្បីសាកល្បងកាត់បន្ថយភាពប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole (Desensitization to Cotrimoxazole) លើអ្នកជំងឺដែលមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរជាមួយឱសថ Cotrimoxazole មុននឹងសំរេចចិត្តប្រើប្រាស់ឱសថ Dapsone ជំនួសវិញ។

៥.១០ ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole សម្រាប់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារជាថ្មី

- កាត់បន្ថយប្រតិកម្មអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ក្រោយពីមានប្រតិកម្មមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរជាមួយនឹងឱសថ Cotrimoxazole (កម្រិតទី៣ ឬ តិចជាងនេះ)។
- កាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ Cotrimoxazole បានបង្ហាញថា មានអត្រាជោគជ័យ ពី៨០ ទៅ ៨០% នៃអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រតិកម្ម Hypersensitivity ហើយកំរមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ។
- **ការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មមិនត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានប្រវត្តិប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole កម្រិតទី៤ ឬ ជាមួយឱសថក្រុម Sulfa ពីមុនទេ។**
- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយផ្តល់ Antihistamine មុននឹងផ្តល់ឱសថ Cotrimoxazole អាចបន្ថយហានិភ័យនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity ហើយត្រូវបន្តផ្តល់ Antihistamine លេប១ថ្ងៃមុន ឬឱ្យលេបនៅថ្ងៃដែលចាប់ ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Cotrimoxazole និងបន្តលេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ការដំឡើងកម្រិតដូសឱសថ Cotrimoxazole បន្តិចម្តងៗត្រូវបានបញ្ចប់។

តារាងទី ៥-៣ វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ *Cotrimoxazole* ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

កាលបរិច្ឆេទ	កម្រិតដូស cotrimoxazole *
ថ្ងៃទី១	១៦ម.ក្រ TMP/៨០ម.ក្រ SMX (២ ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី២	៣២ម.ក្រ TMP/១៦០ម.ក្រ SMX (៤ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៣	៤៨ម.ក្រ TMP/២៤០ម.ក្រ SMX (៦ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៤	៦៤ម.ក្រ TMP/៣២០ម.ក្រ SMX (៨ម.ល oral suspension)
ថ្ងៃទី៥	One single-strength (SS) TMP ៨០ម.ក្រ /SMX ៤០០ម.ក្រ គ្រាប់
ថ្ងៃទី៦ និងថ្ងៃបន្តបន្ទាប់	One double- strength (DS) TMP ១៦០ម.ក្រ/SM X ៨០០ម.ក្រ គ្រាប់
* Cotrimoxazole oral suspension លេប ៨០ម.ក្រ TMP + ២០០ម.ក្រ SMX ក្នុង ៥ម.ល	

- អ្នកជំងឺត្រូវមកព្យាបាលនៅគ្លីនិករាល់ថ្ងៃដើម្បីលេបថ្នាំតាមកម្រិតដូសម្តងៗ និងសំរាកមួយម៉ោងក្រោយពេលលេបថ្នាំ។
- មុននឹងផ្តល់ឱ្យលេបកម្រិតដូសបន្ទាប់ត្រូវពិនិត្យអ្នកជំងឺ រករោគសញ្ញាស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និងគ្រុនក្តៅ។
- ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ(កម្រិតទី៣/៤)៖ បញ្ឈប់ការកាត់បន្ថយកម្រិតដូសឱសថក្នុងរូបមន្តព្យាបាលភ្លាមៗ និងត្រូវពិចារណាឱ្យអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ ក្នុងករណីចាំបាច់។
- ប្រតិកម្មកម្រិតស្រាលទៅកម្រិតមធ្យម(កម្រិតទី១/២)៖ ផ្តល់កម្រិតដូសដូចគ្នាថែមមួយថ្ងៃទៀត។ ប្រសិនបើប្រតិកម្មបានធូរស្រាល បង្កើនកម្រិតដូសនៅថ្ងៃបន្ទាប់ និងពន្យឺតនៃការដំឡើងកម្រិតដូសតាមវិធីសារ ឧ. ប្រើប្រាស់កម្រិតដូសស្មើគ្នាសម្រាប់រយៈពេលពីរថ្ងៃ ។ ប្រសិន បើប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់រូបមន្តនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម។
- នៅពេលបង្កើតបាននូវកម្រិតដូសសម្រាប់ព្យាបាលមួយ មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលទេ ។
- ករណីការអនុវត្តន៍វិធីសារកាត់បន្ថយប្រតិកម្មទទួលបរាជ័យត្រូវពិចារណាប្រើប្រាស់ឱសថ Dapsone ១០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ ជំនួសវិញ។

៥.១១ ការបង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្ម Cotrimoxazole ចំពោះអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ

- ក្នុងករណីបន្ទាន់និងមានធនធាន ត្រូវបង្កើនការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole ចំពោះអ្នកជំងឺសំរាកព្យាបាល ក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើសពី៦ម៉ោង។ វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការព្យាបាល ភ្លាមៗ ចំពោះជំងឺ PCP សកម្ម ឬជំងឺបង្កដោយ toxoplasmosis ។
- តម្រូវឱ្យឱសថការី លាយម្សៅថ្នាំលើកដំបូងក្នុងកម្រិត ១:២០០០ សម្រាប់កម្រិតដូសតាមម៉ោងនៃ TMP/SMX: ០,០០៤/០,០២ ០,០៤/០,២ ០,៤/២,០ ៤.០/២០ ៤០/២០០ ១៦០/៨០០ ម.ក្រ។

ជំពូក ៦. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និង ការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT)

- ជំងឺរបេង ជាមូលហេតុដែលកើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ នៃការឈឺ និងការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ នៅទូទាំងពិភពលោក ច្រើនជាងមួយភាគបួននៃការស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង[១១] ។
- ប្រទេសកម្ពុជា គឺមានអត្រាជំងឺរបេងខ្ពស់ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានការបង្ករោគរបេងរួមគ្នា មានហានិភ័យក្នុងអត្រាពី ៣០ ទៅ ៥០% ក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជំងឺរបេងសកម្មនៅពេលណាមួយនៃជីវិត ។
- ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid អាចកាត់បន្ថយហានិភ័យក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្ម ។

សូមអានជំពូកទី១៣ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម។

៦.១ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងសកម្ម

មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានសេវាពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងសកម្ម រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ ។

តារាងទី ៦-១ ការពិនិត្យគ្លីនិកស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង

សួរអ្នកជំងឺ តើគាត់មានរោគសញ្ញាណាមួយ ដូចខាងក្រោម កាលពី ៤សប្តាហ៍មុន?
១. ក្អក: កើតឡើងគ្រប់ពេល និង មិនកំណត់រយៈពេល
២. គ្រុនក្តៅ: កើតឡើងគ្រប់ពេល និងមិនកំណត់រយៈពេល
៣. បែកញើសពេលយប់ ≥ ២សប្តាហ៍
៤. ស្រកទំងន់? និង ថ្លឹងទម្ងន់អ្នកជំងឺរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ និងប្រៀបធៀបជាមួយនឹងទម្ងន់គាត់ដែលបានថ្លឹងកាលពីពេលមកពិគ្រោះជំងឺលើកមុន។

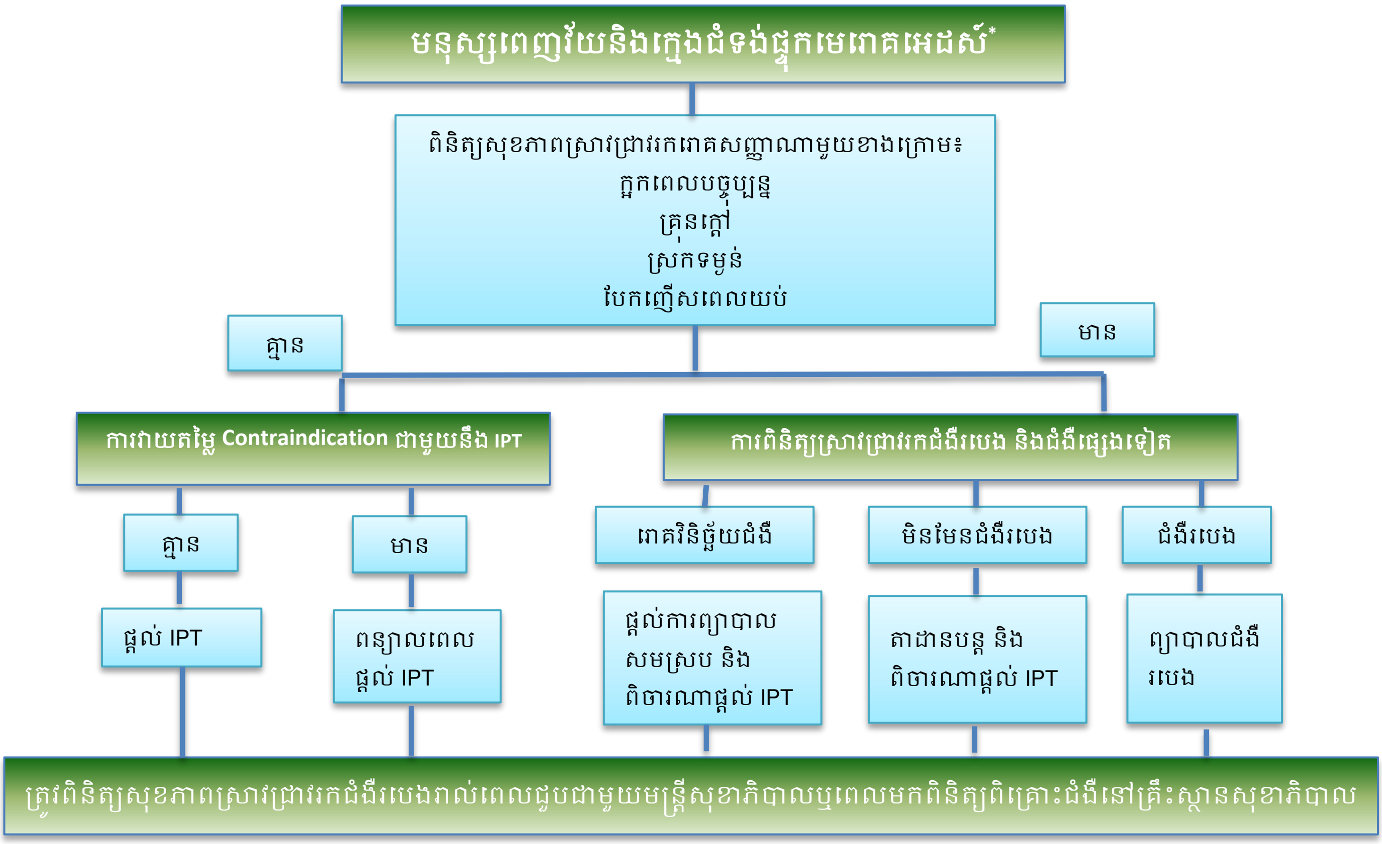
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែល ក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឬបែកញើសពេលយប់ អាចកើតជំងឺរបេងសកម្ម និងត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃពីជំងឺរបេង និងជំងឺផ្សេងទៀត។

- អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្មានរោគសញ្ញាណាមួយ ដូចជា ក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឬបែកញើសពេលយប់ មិនទំនងជាកើតជំងឺរបេងសកម្មទេ។ ដូច្នេះ អ្នកជំងឺនេះ អាចទទួលការព្យាបាលបង្ការ IPT។

---

[១១] គោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ពង្រឹងការរុករកជំងឺរបេងនិងការព្យាបាលបង្ការដោយ INH សំរាប់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍នៅបរិបទដែលធនធានមានកំណត់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក២០១១។

រូបភាពទី ៦-១ គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍



៦.២ ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល រូបមន្តព្យាបាល និងរយៈពេលព្យាបាល IPT

តារាងទី ៦-២ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ការព្យាបាលបន្ត និងការបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ *Isoniazid (IPT)*

IPT	**ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើឡើងរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ**
ពេលណាចាប់ផ្តើមព្យាបាល IPT ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់	• គ្រប់ជំងឺទាំងអស់ដែលគ្មានរោគសញ្ញាជំងឺរបេង និងគ្មាន contraindications ជាមួយថ្នាំ។ Contraindications: អាចប៉ះពាល់ peripheral neuropathy ផឹកសុរាច្រើន ឡើង ALT/AST > ៣ x ULN។ • អ្នកជំងឺដែលរកឃើញរោគសញ្ញាជំងឺរបេង វិជ្ជមាន ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ IPT ក្រោយពីផាត់ចោលជំងឺរបេងសកម្មចេញ។ • ក្រោយពីព្យាបាលជំងឺរបេងបានបញ្ចប់(ការព្យាបាលបង្ការលើកទីពីរ)(*) *ចាប់ផ្តើមព្យាបាល IPT នៅពេលដែលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូងក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។* *ផ្តល់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ណាដែលអ្នកជំងឺអេដស៍ទ្រាំទ្រជាមួយផល*

	លំបាកបាន និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកមានលំនឹង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH ឱ្យបានឆាប់ លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយស្ថានភាពសុខភាពមានលំនឹង។
ព្យាបាល IPT បន្ត	• បញ្ចប់ការព្យាបាលរយៈពេល៦ខែ (បើសិនមានការផ្អាកការព្យាបាល, សូមអានខាងក្រោម)។
ពេលណាត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល IPT	• បើមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើម (មិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺពោះ, រងារញាក់, រោគលឿង (icterus) និងទឹកនោមខ្មៅ) ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH ភ្លាម និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ • បើតេស្ត ALT/AST កើនឡើង ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺ ដែលមានការរលាកថ្លើម ដូចខាងក្រោម៖ ▪ គ្មានរោគសញ្ញា និង ALT/AST > ៥ដង x ULN ឬ ▪ មានរោគសញ្ញា និង ALT/AST > ៣ដង x ULN • បើមានរោគសញ្ញាជំងឺសរសៃប្រសាទជាប់ជានិច្ច ក្រោយពីបង្កើនកម្រិតដូសឱសថ pyridoxine ដល់ ១០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ • ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាល IPT រយៈពេល ៦ខែ។

(*) ដើម្បីបញ្ឈប់ និងការពារបង្ករោគថ្មីៗ នៅពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

៦.៣ កម្រិតដូស និងរយៈពេលព្យាបាល IPT

រយៈពេល ៦ ខែ: • បើ > ៤០គ.ក្រ: Isoniazid ៣០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ + pyridoxine ៥០ម.ក្រ/ថ្ងៃ • បើ ≤ ៤០គ.ក្រ: Isoniazid ២០០ម.ក្រ /ថ្ងៃ + pyridoxine ៥០ម.ក្រ/ថ្ងៃ

៦.៤ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ

- ជាទូទៅ ផលប៉ះពាល់នៃ IPT អាចទ្រាំទ្របានល្អ។
- ផលប៉ះពាល់ចំបងគឺ
    - ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ(Gastrointestinal) – រួមមាន ចង្អោរ និង ក្អួតម្ដងម្កាល ។
    - ការរលាកថ្លើម – កម្រិតអត្រា ០,៣% ក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យ និងប្រហែល ២- ៣% ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ។
    - Peripheral neuropathy–ភាគច្រើនអាចព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ pyridoxine អាចបង្កើនកម្រិតដូសដល់ ១០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ បើមានរោគសញ្ញាជំងឺ Peripheral neuropathy ជាប់ជានិច្ចត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH។
    - ប្រតិកម្ម Hypersensitivity។

៦.៥ ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការព្យាបាល IPT ដល់អ្នកជំងឺ

- ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកជំងឺឱ្យដឹងថា ការព្យាបាល IPT មានរយៈពេល ៦ខែ។
- អ្នកជំងឺមិនត្រូវសេពគ្រឿងស្រវឹងច្រើន និងជាទៀងទាត់បានទេ និងយល់ព្រមថា មិនសេពគ្រឿងស្រវឹងទេ។
- បើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើម៖ មិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺពោះ, រងារញាក់, រោគលឿង(ភ្នែកលឿង) និងទឹកនោមខ្មៅ *ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH ភ្លាមៗ* និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

៦.៦ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៅពេលកំពុងព្យាបាល IPT

អ្នកជំងឺត្រូវត្រឡប់មកសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍រៀងរាល់ខែ–នៅពេល៖

- វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកបញ្ជាក់ពីការពុលនៃឱសថ INH។
- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម (រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ ជាបន្តបន្ទាប់ និងក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល IPT)។
- ផ្តល់ឱសថ INH + pyridoxine ជូនអ្នកជំងឺរយៈពេល១ខែម្តង។

៦.៧ តាមដានមុខងារថ្លើម នៅពេលដើមគ្រា និង នៅពេលកំពុងព្យាបាល IPT

- ALT/AST ត្រូវធ្វើនៅពេលដើមគ្រា **តែម្តងទេ** ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើតេស្តនេះតាមដានជាប្រចាំចំពោះអ្នកជំងឺដែលគ្មានការប្រឈមមុខនឹងជំងឺរលាកថ្លើម (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម)៖
    - បើ ALT/AST > ៣ដង x ULN ធៀបនឹងតេស្តនៅពេលដើមគ្រា មិនត្រូវព្យាបាល IPT ទេ។
    - បើ ALT/AST លើសពីកម្រិតធម្មតា (ULN) ប៉ុន្តែ < ៣ដង x ULN ត្រូវធ្វើតេស្ត HBsAg និងធ្វើតេស្ត ALT/AST ម្តងទៀតនៅខែទី១ និងខែទី២ និងបន្តការធ្វើតេស្តតាមដានរាល់ខែ។
- បើមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងជំងឺរលាកថ្លើម (ឧ. មេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទB ប្រភេទ C ប្រវត្តិជំងឺថ្លើម) បញ្ឈប់ការធ្វើតេស្ត ALT/AST តាមដានរាល់ខែ។
- ករណីលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង/ឬ មានរោគសញ្ញារលាកថ្លើម (មិនឃ្លានអាហារ, ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺពោះ, រងារញាក់, រោគលឿង និងទឹកនោមខ្មៅ) *ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ INH ភ្លាមៗ* និងត្រូវធ្វើតេស្ត ALT/AST ជាបន្ទាន់។

៦.៨ បញ្ឈប់ការព្យាបាល IPT

- ត្រូវផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺថា វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការព្យាបាល IPT តាមវេជ្ជបញ្ជា ហើយបន្តការព្យាបាលរហូតដល់៦ខែ។
- ករណីផ្អាកការព្យាបាល IPT ត្រូវអនុវត្តដូចខាងក្រោម៖
  - បើផ្អាកការព្យាបាល <៨សប្តាហ៍ *ត្រូវពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងសកម្ម* បើគ្មានជំងឺរបេងសកម្មទេ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ INH និងបន្តរហូតគម្រប់រយៈពេលព្យាបាលសរុប ៦ខែ។
  - បើផ្អាកការព្យាបាល ≥ ៨សប្តាហ៍ *ត្រូវពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវជំងឺរបេងសកម្ម* បើគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថ INH ឡើងវិញ រយៈពេល ៦ខែ។
- ប្រើសិនបើអ្នកជំងឺផ្អាកការព្យាបាល IPTលើសពីរម្តង មិនចាំបាច់ព្យាយាមចាប់ផ្តើមការព្យាបាលគាត់សាជាថ្មីទៀតទេ។

ជំពូក ៧. ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកមេរោគ Cryptococcus និង ការព្យាបាលបង្ការ

៧.១ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺ Cryptococcus បឋម និងការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ CRAG

ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយមេរោគ Cryptococcus(CM) គឺជាមូលហេតុដ៏ចំបងនៃការឈឺ និងការស្លាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ជំងឺនេះកើតឡើងជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរដែលមានកោសិកា CD4 <១០០កោសិកា/មម³ ហើយកាន់តែមានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការកើតជំងឺនេះ លើអ្នកជំងឺដែលមានកោសិកា CD4 < ៥០កោសិកា/មម³។

រកឃើញអង់ទីសែ្សន Cryptococcus (CRAG)

- ប្រើប្រាស់វិធីសាស្រ្តសាមញ្ញមានតម្លៃទាប ក្នុងការធ្វើតេស្តរកអង់ទីហ្សែន Cryptococcus (CRAG) ដោយប្រើប្រាស់តេស្ត Lateral Flow Assay (LFA) សម្រាប់ធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុក ហើយតេស្តនេះ អាចនឹងដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នៅប្រទេសកម្ពុជាក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខនេះ។
- តេស្ត CRAG អាចធ្វើការស្រាវជ្រាវរកការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុក មុននឹងជំងឺនេះលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
- ការបង្ករោគដោយក្រិបតូកុកដែលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក នឹងមានការប្រឈមមុខក្នុងការវិវត្តន៍ជាជំងឺបង្កដោយក្រិបតូកុក ក្នុងពេលណាមួយហើយអាចប្រែប្រួលពីច្រើនសប្តាហ៍ ឬច្រើនខែ ។
- ការសិក្សាពីរនៅប្រទេសកម្ពុជាបានរកឃើញថា ប្រហែលជា ២០% (មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនិងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក) និងប្រហែល ៨% (គ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក) នៃអ្នកជំងឺដែលមានកោសិកា CD4 <១០០ មានលទ្ធផលតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន នៅពេលអ្នកជំងឺមកទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

សេណារីយ៉ូនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងលទ្ធផល CRAG **វិជ្ជមាន រួមមាន៖**

១. ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus(CM)/ជំងឺផ្សេងទៀតបង្កដោយ cryptococcs មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

២. ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ cryptococcus (CM) គ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។

៣. តេស្តអង់ទីសែ្សនក្រិបតូកុកនៅក្នុងឈាម វិជ្ជមាន (ICPA) តែឯកឯង។

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយក្រិបតូកុក ទាំងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក តម្រូវឱ្យសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងផ្តល់ការព្យាបាលស្តង់ដា (សូមអាន ជំពូក ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus (CM) ។

៧.២ ការព្យាបាលបង្ការបឋមដោយឱសថ Fluconazole

គួរបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ Fluconazole រហូតដល់មានតេស្ត CRAG ៖

តារាងទី ៧-១ ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ *Fluconazole (ករណីគ្មានតេស្ត CRAG)*

ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ឱសថ Fluconazole	កោសិកា CD4 < ១០០កោសិកា/មម[៣] *និង* ក្រៅពីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ *និង* AST/ALT < ៣ដង x ULN*
ពេលណាដែលត្រូវបញ្ឈប់ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Fluconazole	កោសិកា CD4 > ១០០ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដងជាប់គ្នា ឃ្លាតគ្នា > ៦ខែម្តង *និង* តេស្ត VL រកមេរោគមិនឃើញ ឬ បើមានជំងឺរលាកថ្លើម ត្រូវមើលៈ • AST/ALT > ៣ដង x ULN និងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក • ឬ AST/ALT > ៥ដង x ULN និងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក

* តាមដាន AST/ALT នៅពេលដើមគ្រា ខែទី១និងនៅខែទី២ក្រោយមក ប្រសិនជាមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ ករណីមានការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B/C ឬ តេស្ត AST/ALT នៅពេលដើមគ្រា មានលទ្ធផលមិនធម្មតា បន្តការតាមដានលទ្ធផលតេស្ត AST/ALT រៀងរាល់ខែ រហូតដល់ ៩ខែ។

៧.៣ ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវ Cryptococcal antigen (CRAG)

- ការធ្វើតេស្ត **CRAG** គឺសម្រាប់ស្រាវជ្រាវរកជំងឺបង្កដោយមេរោគ ក្រិបតូកុក តែប៉ុណ្ណោះ។ ករណីអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាជំងឺរលាកស្រោមខួរ ត្រូវតែបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងភ្លាម ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត **CRAG** ទេ។ (សូមអានជំពូកទី១៦. ជំងឺរលាកស្រោមខួរ)។

- ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ ទើបតែបានចុះបញ្ជីក្នុងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ហើយមានកោសិកាCD4 <១០០កោសិកា/មម[៣] ត្រូវធ្វើតេស្ត CRAG នៅថ្ងៃតែមួយនៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ដែលធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4។

តើត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះពេលទទួលបានលទ្ធផលតេស្ត CRAG?

- តេស្ត CRAG វិជ្ជមាន → ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកសេវាព្យាបាលជំងឺអេដស៍វិញ ដើម្បីវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ ។
  - ➢ ប្រសិនជាមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ(ឈឺក្បាល រឹងក ខ្លាចពន្លឺ (photophobia) វង្វេងវង្វាន់ រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ គ្រុនក្តៅ) → ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល

ដោយឱសថ fluconazole ១២០០ម.ក្រ និងបញ្ជូនទៅបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាបន្ទាន់។ (សូមអាន ជំពូក ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus (CM)។

➢ ប្រសិនជាគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ → ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ៨០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ x ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកព្យាបាលបន្តក្នុងកម្រិតដូស ៤០០ម.ក្រ x ៨សប្តាហ៍។

- បើតេស្ត CRAG អវិជ្ជមាន → មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ទេ។
- គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានតេស្ត CRAG វិជ្ជមានទាំងអស់ ត្រូវលេបថ្នាំ fluconazole បន្តក្នុងកម្រិតដូស ២០០ម.ក្រ ក្នុងមួយថ្ងៃ រហូតលើសពី១ឆ្នាំ *និង* ធ្វើតេស្ត VL រកមើលមេរោគមិនឃើញ *និង* តេស្តកោសិកា CD4 > ១០០កោសិកា/មម៣ ក្រោយពីបានធ្វើតេស្តពីរលើក ឃ្លាតពីគ្នា > ៦ខែម្តង។

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ស្ត្រីស្ថិតក្នុងវ័យបង្កកំណើតដែលមានលទ្ធផលតេស្តស្រាវជ្រាវ CRAG វិជ្ជមាន ត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពីការមានគភ៌ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole (ពីព្រោះវាមានឥទ្ធិពល teratogenic)។ រីឯ ស្ត្រីដែលគ្មានគភ៌ ហើយត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យចៀសវាងការមានគភ៌ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល។

- អ្នកជំងឺដែលមានតេស្ត CRAG វិជ្ជមាន ហើយមានផ្ទៃពោះ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) និងត្រូវលើកករណីនេះ មកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ មុននឹងសំរេចចិត្តព្យាបាល ។

រូបភាពទី ៧-១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ Cryptococcal Antigen

អ្នកជំងឺអេដស៍ថ្មីដែលទើបចុះ:

បើមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃ meningitis ដោយមិនរង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត CRAG។ ត្រូវធ្វើ LP (សូមអានជំពូកទី១៦ ជំងឺរលាកស្រោមខួរ)

បើ CD4 < ១០០ត្រូវធ្វើតេស្តCRAG

CRAG អវិជ្ជមាន

ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART មិនត្រូវប្រើ fluconazole

CRAG វិជ្ជមាន

- ទាក់ទងអ្នកជំងឺ ដើម្បីតាមដាន
- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺ meningitis*
- ធ្វើតេស្ត AST/ALT < ៣ដង xULN
- តេស្តនៃការមានផ្ទៃពោះ អវិជ្ជមាន

មានរោគសញ្ញា*

ចាប់ផ្តើម Fluconazole ១២០០mg និង បញ្ជូនទៅធ្វើ LP ភ្លាម

LP: បន្ថយសម្ពាធ CCAG, glucose, Micro, India Ink.

LP វិជ្ជមាន

សំរាកពេទ្យ ឬម LP បរិមាណច្រើន CSF, ប្រើ Amphotericin B IVI និង fluconazole ៨០០mg /ថ្ងៃ x ២ សប្តាហ៍

គ្មានរោគសញ្ញា

LP អវិជ្ជមាន

អ្នកជំងឺក្រៅ ព្យាបាលដោយ fluconazole ៨០០mg /ថ្ងៃ x ២ សប្តាហ៍

ដំណាក់កាល Consolidation: ប្រើ Fluconazole ៤០០mg/ថ្ងៃ x ៨សប្តាហ៍
Maintenance: ២០០mg/ថ្ងៃ x ១ ឆ្នាំ + VL undetectable, CD4> ១០០ x ៦ខែ

ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ៤ –៦ សប្តាហ៍ក្រោយពីការព្យាបាល antifungal ។

ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ក្នុងកំឡុង ២ សប្តាហ៍នៃការព្យាបាល antifungal ។

***លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការ ឬម LP ៖ មានរោគសញ្ញាជំងឺ meningitis:**
ឈឺក្បាល
រឹងក ខ្លាចពន្លឺ រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ ឬ វង្វេងស្មារតី។

ជំពូក ៨. ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

៨.១ លក្ខណៈវនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

តារាងទី ៨-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និង ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

អ្នកណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	• **គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4**
	• ត្រូវផ្តល់អាទិភាពជូន:
	    • អ្នកជំងឺអេដស៍ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិក WHO ទី III/IV ឬ មានចំនួនកោសិកា CD4 ≤ ៣៥០
	    • ស្ត្រីមានផ្ទៃនិងបំបៅដោះកូន ត្រូវអនុវត្តជម្រើស B+
	    • អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និង ជំងឺរបេង។

ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	• **កំឡុង២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបានចុះក្នុងបញ្ជីត្រៀមព្យាបាលនិងបានផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ART រួច ។**
	• បើមានជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន ត្រូវពន្យាលពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ក្រោយពីបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម *
	    • **ជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយ គ្រិបតូកុក: ៤-៦សប្តាហ៍។**
	    • **ជំងឺរបេងដែលមាន CD4 > ៥០: ២-៨ សប្តាហ៍។**

* សូមមើលតារាងទី ៨-៣ ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ។

៨.២ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី ៨-២ រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១	ជម្រើសឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ជួរទី១	ជម្រើសផ្សេងៗនៃ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១*
មនុស្សពេញវ័យ រួមទាំង ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ/ម្តាយបំបៅ ដោះកូន និងបង្ករោគរួមគ្នា ជាមួយជំងឺរបេង និងក្មេងជំទង់ទម្ងន់>៣៥ គ.ក្រ	TDF + 3TC + EFV	AZT+ 3TC + EFV (or NVP) TDF + 3TC + NVP
ក្មេងជំទង់ទម្ងន់ < ៣៥គ.ក្រ	TDF + 3TC + EFV	AZT+ 3TC + EFV (or NVP) TDF + 3TC + NVP ABC + 3TC + NVP
	*ABC ឬ PI ឬ នៅពេលមានឱសថ Dolutegravir អាចនឹងយកមកព្យាបាលក្នុងករណីពិសេស នៃជម្រើសក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។	

៨.២.១ ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

TDF + 3TC + EFV កម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នាលេបមួយថ្ងៃម្តង

- ព្យាបាលដោយឱសថ TDF ៣០០ ម.ក្រ + 3TC ៣០០ ម.ក្រ + EFV ៦០០ ម.ក្រ គ្រាប់ថ្នាំសំប៉ែតដែលមានកម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នាគឺជាជម្រើសដ៏ល្អក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១បើគ្មាន contra-indications។
- រូបមន្តព្យាបាលនេះមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានភាពទ្រាំទ្រល្អ លេបមួយថ្ងៃម្តងមុនពេលហូបចំណីអាហារ (អាហារបង្កើនផលប៉ះពាល់នៃឱសថ EFV និងអាចបង្កើនផលប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ផងដែរ)។
- រូបមន្តព្យាបាលនេះ សមស្របចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងម្តាយបំបៅដោះកូន និងអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។
- TDF និង 3TC ជាឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB ផងដែរ ដូច្នេះឱសថរួមបញ្ចូលគ្នាក្នុងក្រុម NRTI នេះ គឺជាជម្រើសមួយសម្រាប់ព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB។
- TDF មានអានុភាពជាងឱសថ AZT ដោយសារតែ TDF ត្រូវបានគេយកមកបញ្ចូលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ការបរាជ័យនៃឱសថ AZT បណ្តាលមកពីការប្រមូលផ្តុំ thymidine នាំឱ្យបន្ថយប្រសិទ្ធភាពរបស់ថ្នាំ TDF(ឬABC) ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ប៉ុន្តែ ការប្រែប្រួលនៃ K65R នៅពេលដែលឱសថ TDF បរាជ័យ វាមិនបានកាត់បន្ថយ និងអាចបង្កើនប្រសិទ្ធភាពនៃឱសថ AZT ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សម្រាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។

៨.២.២ ករណី Contraindications ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១: TDF + 3TC + EFV

- TDF មាន contraindicated ចំពោះអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម មិនអាចព្យាបាលដោយ TDF បានទេ បើ eGFR < ៥០ម.ល/នាទី។
    - ប្រើជំនួសដោយឱសថ AZT ២៥០–៣០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (ដូចប្រើ AZT + 3TC FDC) ។
- ចៀសវាងប្រើឱសថ EFV លើអ្នកជំងឺសរសៃប្រសាទ និងជំងឺវង្វេងវង្វាន់(dementia) ។
    - ប្រើជំនួសដោយឱសថ NVP ២០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (ក្រោយពីប្រើកម្រិតដូសនាំមុខ)

៨.៣ កម្រិតដូសឱសថ Efavirenz

- EFV ៤០០ម.ក្រ បានបង្ហាញថា មានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាជាមួយនឹង EFV ៦០០ម.ក្រ ដោយមានផលប៉ះពាល់តិចតួច[១២] ។
- ប៉ុន្តែ EFV ៤០០ម.ក្រ មិនត្រូវបានគេផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin ព្រោះវាអាចបន្ថយ concentration នៃឱសថ EFV។
- គេសង្ឃឹមថា EFV ៤០០ម.ក្រ គ្រាប់សំប៉ែត នឹងមានសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងពេលឆាប់ៗខាងមុខ ហើយបន្ទាប់មក កម្រិតដូសរួមបញ្ចូលគ្នានឹងមានសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅពេលក្រោយ។
    - អ្នកជំងឺដែលមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ EFV ក្នុងរូបមន្តរួមគ្នាបញ្ចូលគ្នា: TDF+3TC+EFV ៦០០ម.ក្រ ត្រូវផ្តល់ជម្រើសក្នុងការប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថ EFV ៤០០ម.ក្រ ជាមួយ NRTI វិញ អាចមានភាពទ្រាំទ្រល្អជាង (better tolerated)។ មិនត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តនេះ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងទេ។
    - អ្នកជំងឺដែលគ្មានប្រតិកម្ម នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលរួមបញ្ចូលគ្នានៃឱសថ TDF+3TC+EFV ៦០០ម.ក្រ អាចបន្តការព្យាបាលរហូតដល់មានរូបមន្តព្យាបាលថ្មីជំនួសដោយឱសថ EFV ៤០០ម.ក្រ ទើបផ្លាស់ប្តូរបាន។
    - អ្នកជំងឺដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា គឺ TDF+3TC+EFV ៦០០ម.ក្រ ។

---

[១២] ការសិក្សា របស់ Encore 1 Study Group. ប្រសិទ្ធភាពនិងសុវត្ថិភាពការប្រើ efavirenz 400 mg ធៀបនឹង 600 mg រាល់ថ្ងៃ :ទិន្នន័យ ៩៦អាទិត្យពីការសិក្សា ENCORE1 randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority Lancet Infect Dis 2015;15:793–802

៨.៤ ជម្រើសផ្សេងទៀតក្នុងឱសថជួរទី១ AZT + 3TC FDC (+ NVP ឬ EFV)

- ឱសថ AZT ២៥០-៣០០ម.ក្រ + 3TC ១៥០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ត្រូវយកមកព្យាបាលជំនួសការព្យាបាលដោយឱសថ TDF នៅពេល Hb >៨,០ក្រ/ដ.ល។
- ឱសថ AZT + 3TC គ្រាប់រួមបញ្ចូលគ្នា លេប២ដង/ថ្ងៃ អាចព្យាបាលជាមួយឱសថ EFV លេប១ដង/ថ្ងៃ។
- ឱសថ AZT + 3TC + NVP មានជាគ្រាប់ថ្នាំរួមបញ្ចូលគ្នា លេប២ដង/ថ្ងៃ (ក្រោយពីបានព្យាបាលដោយកម្រិតឱសថ NVP នាំមុខ)។

ឱសថ Nevirapine (NVP)

- ឱសថ NVP អាចយកមកព្យាបាលជំនួសឱសថ EFV ក្នុងករណីមាន contraindication ជាមួយឱសថ EFV។
- ឱសថ NVP មិនអាចយកមកព្យាបាលបាន (contraindicated) នៅពេលអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin ដោយសារឱសថ rifampicin បន្ថយកម្រិតកំហាប់នៃឱសថ NVP ក្នុងឈាម។
- ឱសថ NVP មិនអាចយកមកព្យាបាលបាន (contraindicated) នៅពេលអ្នកជំងឺ រលាកថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ (ALT/ AST> ៥ដងនៃតម្លៃធម្មតា)។
- កត្តាប្រឈមមុខនឹងការពុលថ្លើម រួមមាន ស្ត្រីដែលមានកោសិកា CD4>២៥០ និងបុរសដែលមានកោសិកា CD4>៤០០ ព្យាបាលជំណាលគ្នាជាមួយនឹងឱសថពុលថ្លើមផ្សេងទៀត និងមានជំងឺរលាកថ្លើមដែលមិនបានដឹង។
- ត្រូវព្យាបាលដោយប្រើកម្រិតដូសឱសថ NVP ២០០ម.ក្រ លេប១ម្តង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២សប្តាហ៍ មុននឹងដំឡើងទៅលេប NVP ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ។
- តាមដានតេស្ត ALT/AST នៅពេលដើមគ្រា បន្ទាប់មកនៅសប្តាហ៍ទី២ មុននឹងតំឡើងកម្រិតដូស ក្រោយមក ២សប្តាហ៍ទៀត រួចធ្វើតេស្ត១ខែ/ម្តង រយៈពេល៣ខែ។

ឱសថ Abacavir (ABC)

- ឱសថ ABC អាចយកមកព្យាបាលជំនួសឱសថ AZT ឬ TDF ករណីឱសថទាំងពីរ មាន contraindication។
- ប៉ុន្តែការព្យាបាលដោយឱសថ ABC/3TC រួមបញ្ចូលគ្នា ជាមួយនឹងឱសថ EFV ឬ ATV/r បានបង្ហាញថា មានបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ (VL failure) ខ្ពស់ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមាន VL > ១០០,០០០ មុនពេលព្យាបាល។ ករណីដែលរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានេះ ត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ជាមុនសិន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅប្រទេសកម្ពុជា ការធ្វើតេស្ត VL មិនត្រូវបានធ្វើជាប្រចាំទេ នាំឱ្យមានបាត់បង់ឱកាសនេះ។

- ប្រតិកម្ម hypersensitivity ជាមួយឱសថ ABC អាចកើតឡើងប្រហែល ៣% នៃអ្នកជំងឺ ហើយករណីនេះ គេមិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ ABC សាឡើងវិញទេ (ការព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឡើងវិញ អាចបណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត) ។

៨.៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយម

- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់ពេកនៅពេលមានជំងឺឱកាសនិយម អាចបណ្តាលឱ្យអ្នកជំងឺប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការលេចឡើងនូវ ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានឆាប់ អាចនឹងកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាស្លាប់។
- ត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង និងមានកោសិកា CD4 >៥០ រហូតដល់ពី២–៨សប្តាហ៍ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការលេចឡើងនូវចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS) ។
- ម្យ៉ាងទៀត IRIS អាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់បានដោយសារមានការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ដូច្នេះត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ចាប់ពី ២ ទៅ ៨សប្តាហ៍ ចំពោះអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង និងចាប់ពី៤ទៅ៦សប្តាហ៍ ចំពោះអ្នកជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយក្រិបតូកុក (Cryptococcus meningitis)។
- ក្រៅពីនេះ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ គឺត្រូវចាប់ផ្តើម**ក្នុងកំឡុង ២ សប្តាហ៍ ក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម**។

តារាងទី ៨-៣ ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម

ជំងឺឱកាសនិយម	ពេលវេលា ដោយគិតចាប់ពីពេលដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និង ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ជំងឺរបេង [១៣] CD4 < ៥០កោសិកា/មម^3 CD4 > ៥០កោសិកា/មម^3	 កំឡុង ២សប្តាហ៍ ២–៨ សប្តាហ៍
ជំងឺ Cryptococcal meningitis (CM)	៤–៦សប្តាហ៍
ជំងឺរលាកស្រោមខួរដែលមិនមែន គ្រិបតូកុក រួមទាំង Cryptococcal Ag + CSF neg	កំឡុង២សប្តាហ៍
គ្រប់ជំងឺឱកាសនិយមទាំងអស់	កំឡុង២សប្តាហ៍។

៨.៦ បញ្ហាដែលជួបប្រទះពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺ ឱកាសនិយម

- គ្រាប់ថ្នាំច្រើនពេល និងផលប៉ះពាល់
- អ្នកជំងឺមានចិត្តរំភើបខ្លាំងពីការរកឃើញនូវរូបមន្តព្យាបាលថ្មី
- អន្តរកម្មឱសថ
- ការពុលឱសថ– ថ្លើម តម្រងនោម និងខួរឆ្អឹង
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ។

[១៣] គោលការណ៍ណែនាំអំពី របេង របស់ អង្គការសុខភាពិភពលោក:អនុសាសន៍ ព្យាបាលដោយ cART ឆាប់បំផុតក្នុងកំឡុងពេល ៨ អាទិត្យ នៃការព្យាបាល របេង។ កាលវិភាគនេះដូចគ្នានឹង TB CARE Iស្តង់ដារអន្តរជាតិសំរាប់ថែទាំរបេង, បោះពុម្ពលើកទី៣ ។. TB CARE I, The Hague, 2014, និងMSF HIV/TB Clinical guide 2015។ សូមមើល Uthman O.A et al អំពី ពេលវេលាដ៏ល្អ សំរាប់ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ARV ដល់មនុស្សពេញវ័យឆ្លងមេរោគអេដស៍ដែលទើបតែរកឃើញមានរបេងសួត។ Systematic Review and Meta-analysisកំណត់ត្រារបស់ Internal Medicine .Vol. 163 No. 1 : ៧កក្កដា ២០១៥។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)

ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នាំឱ្យកាត់បន្ថយចំនួនវីរុសអេដស៍ក្នុងឈាម អនុញ្ញាតឱ្យមានការស្តាឡើងវិញនូវភាពស៊ាំ ហើយបង្កើនសមត្ថភាពឆ្លើយតបរបស់ភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងការបង្ករោគ ជូនកាល អាចបណ្តាលឱ្យលេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ។

៩.១ បរិបទចំបងដែល IRIS អាចកើតឡើង

១. ប្រែក្លាយពីការបង្ករោគជំងឺឱកាសនិយម ដែលពីមុនគ្មានរោគសញ្ញា ទៅជាមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក (លេចចេញនូវ IRIS)។

២. លេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកធ្ងន់ធ្ងរនៃការបង្ករោគ ទោះបីជា ការព្យាបាលបានជោគជ័យ ក៏ដោយ (paradoxical IRIS)។

៣. ប្រតិកម្ម Remnants ឬ អង់ទីហ្សែននៃជំងឺឱកាសនិយមដែលធ្លាប់កើតពីមុន ក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

- **ការប្រឈមមុខនៃ IRIS មានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងករណីដែល**
  - ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ មានកោសិកា CD4 ទាប និងមានកម្រិត viral loads ខ្ពស់។
  - ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ (high pathogen burden) ដូចជា ការបង្ករោគរាលដាល (disseminated infection)។
  - គម្លាតនៃពេលវេលាខ្លី រវាងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

- IRIS កើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងកំឡុង **២ទៅ៨សប្តាហ៍ ក្រោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។** ទោះបីជាយ៉ាងណា IRIS អាចកើតឡើងគ្រប់ពេលក្នុងកំឡុងពេល៦ខែដំបូង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងករណីកំរ វាក៏អាចកើតឡើងនៅពេលក្រោយទៀតដែរ ។
- **ចង្កោមរោគ** អាចច្រឡំគ្នាជាមួយរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតឡើងជាមួយគ្នា ។
- IRIS អាចនាំឱ្យកើនឡើងនូវអត្រាឈឺ និងបង្កើនភាពស្មុគស្មាញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាល រួមទាំង ការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនោះមានភាពមិនច្បាស់លាស់ អាចបណ្តាលមកពីចង្កោមរោគសញ្ញានៃការពុលឱសថទៅវិញ។ ទោះបីជា ករណីភាគច្រើននៃ IRIS មិនបណ្តាលឱ្យស្លាប់ តែវាបណ្តាលឱ្យកើនឡើងនូវអត្រាមរណភាព ជាពិសេស ករណីមានជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយគ្រិបតូកុក ។

- **ជំងឺរបេង** គឺជាជំងឺមួយកើតឡើងជាញឹកញាប់ជាមួយនឹង IRIS។ វាដូចគ្នានឹងប្រតិកម្មប៉ារ៉ាដុក 'paradoxical reactions" ដែលកើតមានឡើងលើអ្នកមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជាទូទៅ រោគសញ្ញា តែងតែជួបប្រទះ រួមមាន គ្រុនក្ដៅ ការកើនឡើង (ទាំងទំហំនិងចំនួន) ដំបៅបណ្ដាលមកពីជំងឺរបេង ជាពិសេស ការឡើងកូនកណ្ដុរ និង/ឬ ជំងឺរលាកសួត (Pulmonary infiltrates) ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺស្ទះបង្ហួរនោម ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល។
  ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើភាពខុសគ្នារវាង IRIS បណ្ដាលមកពីជំងឺរបង គឺ ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលបណ្ដាលមកពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង(DR-TB) ឬ ការលេបឱសថមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់ ។

- IRIS អាចកើតឡើង រួមជាមួយ ការបង្ករោគច្រើន និងគ្មានការបង្ករោគ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍៖
  - បង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទB និងC→ ជំងឺរលាកថ្លើម
  - បង្ករោគដោយ CMV → ជំងឺ vitritis
  - លក្ខខណ្ឌជំងឺសើស្បែក– ជំងឺ VZV ជំងឺ folliculitis
  - លក្ខខណ្ឌប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល–បង្កដោយមេរោគCryptococcus មេរោគ toxoplasmosis មេរោគរបេង មេរោគ JCV មេរោគ PML។
  - រោគសញ្ញាប៉ះពាល់សរីរាងច្រើន – ជំងឺ MAC ជំងឺរបេង ជំងឺផ្សិត។
  - ជំងឺ PCP ជំងឺ peniciliium ជំងឺ histoplasmosis ។ល។
  - ជំងឺ Kaposis sarcoma (ជាករណីកំរនៅកម្ពុជា)។

៩.២ ការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាល IRIS

- *បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍* (លើកលែងតែក្នុងករណីកំរ មានជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយក្រិបតូកុកធ្ងន់ធ្ងរ) ។
- ត្រូវធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម បណ្ដាលមកពីការព្យាបាលបរាជ័យ។
  - ការធ្វើតេស្ដ: កំហាក m/c/s, បណ្ដុះឈាម ថតសួតដោយកាំរស្មីអ៊ិច បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង បើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល ការច្រិបសាច់(biopsy) បើមានការហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរថ្មី និងធ្ងន់ធ្ងរ (lymphadenopathy) ឬ ដំបៅស្បែក។
- អ្នកជំងឺមានជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវធ្វើការបណ្ដុះកំហាកសារជាថ្មី (sputum cultures) និងធ្វើតេស្ដលើប្រសិទ្ធភាពនៃថ្នាំប្រឆាំងជំងឺរបេង(sensitivity testing) ដើម្បីវាយតម្លៃនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល អាចមកពីភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬ ការព្យាបាលជំងឺ MAC ។
- ការចាប់ផ្ដើម/បន្តការព្យាបាលស្ដង់ដាជំងឺឱកាសនិយម។
- អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ពេលមាន IRIS ដោយសារតែមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមពីមុន ទោះបីជាទើបកើតឡើងនូវជំងឺឱកាសនិយម

សកម្ម ក្នុងករណីសង្ស័យ ត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនោះឡើងវិញ។

- ឱសថក្នុងក្រុម Non-steroidal anti-inflammatory agents (NSAID) អាចយកមកព្យាបាលដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការរលាក ឧ. ការលាកកូនកណ្ដុរ (lymphadenitis) និងគ្រុនក្ដៅ។
- ការព្យាបាលដោយឱសថ corticosteroids មួយវគ្គ ត្រូវបានអនុវត្ត បើរោគសញ្ញាក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ឧ. ពិបាកដកដង្ហើម រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្ដាល ស្ទះតម្រងនោម។

- **គំណាត់ចំណាំ អំពីការព្យាបាលដោយឱសថ** corticosteroid

១. បើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin នាំឱ្យមានអន្តរកម្មជាមួយឱសថក្រុម steroids បណ្ដាលឱ្យកាត់បន្ថយយ៉ាងខ្លាំងនូវកំហាប់ឱសថក្រុម steroid ក្នុងឈាម។ ដូច្នេះ តម្រូវឱ្យផ្ដល់កម្រិតដូសឱសថ prednisolone ខ្ពស់ជាងកម្រិតដូសធម្មតា ឧ .ចាប់ផ្ដើម ព្យាបាលដោយឱសថ prednisolone មានកម្រិតដូស ១,៥ ម.ក្រ/គ.ក្រ។

២. ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម steroids មានកម្រិតដូសខ្ពស់/រយៈពេលយូរលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយ បណ្ដាយឱ្យកើនឡើងនូវការប្រឈមមុខនឹងការកើតជំងឺព្រូន strongyloidiasis រាលដាល និង septic shock។

- ការព្យាបាលដោយឱសថ prednisolone កម្រិតដូសខ្ពស់ (>២០ ម.ក្រ) រយៈពេលលើសពី ២ សប្ដាហ៍ គឺត្រូវព្យាបាលតាមបទពិសោធន៍ ដោយប្រើប្រាស់ឱសថ albendazole រួមគ្នា ក្នុងកម្រិតដូស ៤០០ម.ក្រ លេបពេលបរិភោគអាហារមានសារជាតិខ្លាញ់ លេប១២ម៉ោងម្ដង x ៧ថ្ងៃ[១៤] ។

---

[១៤] គោលការណ៍ណែនាំរបស់ Sanford ស្ដីអំពីការព្យាបាលដោយ Antimicrobial therapy. បោះពុម្ពលើកទី៤៥ឆ្នាំ២០១៥

ជំពូក ១០. ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថនិមួយៗ នៅក្នុងវេជ្ជបញ្ជា។
- តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ដោយផ្តោតលើរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ដើម្បីគាំទ្រការព្យាបាល។
- នៅពេលអ្នកជំងឺមកពិគ្រោះជំងឺ គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវសួរអ្នកជំងឺថា បានលេបថ្នាំអ្វី? និងពិនិត្យមើលពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថទាំងនោះ។
- ការពុលឱសថធ្ងន់ធ្ងរដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត បានរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម និងក្នុងតារាងខាងក្រោម[១៥] ។

១០.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលកេតមានជាញឹកញាប់

ចង្អោរ និងក្អួត

- អាចកើតឡើងមានឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងកាត់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងនៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍–ជាពិសេស នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ AZT និង ឱសថក្រុម PI។
- ជាញឹកញាប់ រោគសញ្ញានេះអាចធូរស្រាលឡើងវិញ ក្រោយពី២ទៅ៣សប្តាហ៍ ត្រូវឲ្យអ្នកជំងឺលេបឱសថនេះនៅពេលខុសគ្នា បើករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវលេបបន្ថែមឱសថ metoclopramide ១០ mg ៣ដង/ថ្ងៃ។
- បើក្អួតថ្នាំចេញមកវិញក្រោយពេលលេប ត្រូវឱ្យលេបថ្នាំម្តងទៀតនៅ ២ម៉ោងក្រោយ។
- បើក្អួតមិនអាចព្យាបាលបាន៖ ត្រូវវាយតម្លៃពីចង្កោមរោគសញ្ញា hypersensitivity(ABC) ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺរលាកលំពែង។ល។
- បើក្អួតលើសពី ៦ម៉ោង ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវគិតពីអាស៊ីតឡាក់ទិក (lactic acidosis)។

១០.២ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត

១០.២.១ អាស៊ីតឡាក់ទិក

- អាស៊ីតឡាក់ទិក កើតឡើងជាញឹកញាប់នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ d4T អាស៊ីតឡាក់ទិកអាចកើតមានឡើងនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថណាមួយក្នុងក្រុម NRTI ជាពិសេស ឱសថ AZT ហើយវាកើតមានដោយកំរ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ TDF ABC 3TC។

[១៥] គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក អំពី របេង អេដស៍របស់ អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន និង គោលការណ៍ណែនាំរួម របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

- អាស៊ីតឡាក់ទិក អាចកើតឡើងក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍លើស ពី៦ខែ។
- កត្តាប្រឈមមុខ រួមមាន ភេទស្រី ធាត់ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។
- **តាមដានការវិវត្តន៍នៃអាស៊ីតឡាក់ទិក៖** តាមដានរោគសញ្ញា ការកើនឡើងនៃជាតិឡាក់តាតដោយគ្មានរោគសញ្ញា កើតឡើងជាញឹកញាប់ តែវាគ្មានសារៈសំខាន់ទេ។
- **រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃអាស៊ីតឡាក់ទិក៖** រួមមាន ចង្អោរនិងក្អួត ឈឺពោះ ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង និងស្រកទម្ងន់។ អាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic acidosis) អាចមានទំនាក់ទំនងជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI-ជំរុញឱ្យមានជំងឺ peripheral neuropathy ឬជំងឺខ្លាញ់ក្នុងថ្លើម (hepatic steatosis)។
- **រោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញពីជំងឺផ្សេង**:ការឡើងខ្ពស់នៃ lactate និង acidosis អាចកើតមានឡើងនៅពេលមាន sepsis ឬជំងឺខ្សោយប្រព័ន្ធឈាមរត់ តម្រូវឱ្យធ្វើការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក។
- **រោគវិនិច្ឆ័យ**
- ការកើនឡើងជាតិ lactate > ៥mmol/ល + acidosis អាចវាស់វែងបានដោយប្រើប្រាស់សេរ៉ូម bicarbonate កម្រិតទាប (< ២០mmol/ល) ។
- ករណីមិនមានតេស្ត lactate ត្រូវប្រើសេរ៉ូម bicarbonate កម្រិតទាប (< ២០mmol/ល) គឺសមស្របជាមួយនឹងរោគវិនិច្ឆ័យ។
- រួមផ្សំជាមួយភាពមិនធម្មតា (Associated abnormalities) មាន ↑ALT/AST និង ↑ creatinine kinase ។
- **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល**
- បើរោគសញ្ញាស្រាល + bicarbonate <២០mmol/ml → ប្តូរឱសថក្នុងក្រុម NRTI ពីឱសថ AZT ទៅឱសថ TDF ឬ ABC វិញ។
- បើរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ +/ឬ bicarbonate <១៥mmol/ml→ ចូលសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថក្នុងក្រុម NRTI ទាំងអស់។
  - ពិនិត្យរករោគសញ្ញា sepsis និងជំងឺគ្រុនចាញ់ និងត្រូវព្យាបាលសាកល្បងដោយចាក់ antibiotics តាមសរសៃ ករណីសង្ស័យ។
  - ព្យាបាលដោយបន្ថែមឱសថ ATV/r ជាបណ្ដោះអាសន្ន លើការប្រើឱសថក្រុម NNRTI រហូតអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង និងជាតិ bicarbonate ត្រឡប់មកតម្លៃធម្មតា។ បន្ទាប់មកបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r និងប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថ TDF ឬ ABC
  - បើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ LPV/r ឬ ATZ/r ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយប្រើ ឱសថតែមួយមុខ រហូតលុះត្រាតែ អ្នកជំងឺមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរឡើង និងបន្ទាប់មកបន្ថែមឱសថTDF ឬ ABC ។

១០.២.២ ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Abacavir

- អ្នកជំងឺមួយចំនួនដែលព្យាបាលដោយឱសថ ABC មានប្រតិកម្ម hypersensitivity នេះ នឹងកើតឡើងជាញឹកញាប់ក្នុងកំឡុង១០ថ្ងៃដំបូងនៃការព្យាបាលដោយឱសថ ABC និងជាទូទៅ ក្នុងកំឡុង ៦សប្តាហ៍ដំបូង។

- **ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក** នៃប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយ ឱសថ abacavir៖ គ្រុនក្តៅ (៨០% នៃករណី) ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (៧០% នៃករណី ជាទូទៅមានកម្រិតស្រាល) ចង្កោមរោគសញ្ញាប្រដាប់រំលាយអាហារ និងប្រដាប់ដកដង្ហើម រួមមានក្អកនិងពិបាកដកដង្ហើម និងចង្កោមរោគសញ្ញាទល់លាមកមិនជាក់លាក់ និងអស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ និងឈឺចាប់សាច់ដុំ ។ ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នោះវិវត្តន៍កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងៗ ក្រោយពេលលេបឱសថ abacavir ម្តងៗ ។
- **ការតាមដានប្រតិកម្ម** hypersensitivity **បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ** abacavir៖ តាមដានការវិវត្តន៍នៃរោគសញ្ញា ។
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក៖** ប្រតិកម្មឱសថ ឧ. ប្រតិកម្មឱសថ cotrimoxazole ឬ ឱសថក្រុម NNRTI ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រតិកម្ម hypersensitivity បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ ABC ច្រើនបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកពេញរាងកាយ ប៉ុន្តែ មានសភាពមិនធ្ងន់ធ្ងរ/ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបន្តិចបន្តួច បើប្រៀបធៀបជាមួយនឹងប្រតិកម្មជាមួយឱសថផ្សេងទៀត។
- **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល**
- ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ ABC និងមិនត្រូវប្រើឱសថនេះសាឡើងវិញទេ ពីព្រោះ វាអាចបណ្តាលឱ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ។
- រោគសញ្ញាលេចឡើងក្នុងកំឡុងពេល៤៨ម៉ោង និងត្រូវចាប់ផ្តើមប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI (TDF ឬ AZT) ។

១០.២.៣ រលាកលំពែង

- ការរលាកលំពែង កើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ ddi និង d4T (ហាមប្រើឱសថទាំងពីរនេះជាមួយគ្នាជាដាច់ខាត)។ ប៉ុន្តែ វាអាចកើតមានដោយកំរ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ 3TC។
- គ្រួសក្នុងថង់ទឹកប្រម៉ាត់ (Gallstones) ការញៀនស្រា (alcoholism) និង hypertriglyceridemia (ពាក់ព័ន្ធជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថ PI និង EFV) ក៏អាចបណ្តាលឱ្យរលាកលំពែង ដែរ។
- **តាមដានការរលាកលំពែង**: តាមដានការវិវត្តន៍នៃរោគសញ្ញា។
- **ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក**: ឈឺពោះ។

- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ**: កើនឡើង amylase ឬ lipase ត្រូវឆ្លុះពោះដោយអេកូ (abdominal ultrasound)។
- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល: បើ amylase <១,៥ x ULN និងរោគសញ្ញាមិនធ្ងន់ធ្ងរ និងរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់ → ត្រូវពិនិត្យឡើងវិញ១សប្តាហ៍ក្រោយ និងធ្វើតេស្ត amylase ម្តងទៀត។ បើអ្នកជំងឺមិនស្រួលខ្លួន (unwell) ឬ amylase > ១,៥ x ULN និង/ឬ ការឆ្លុះអេកូពោះ បានបង្ហាញថា រលាកលំពែង ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ ផ្តល់ការព្យាបាលបែបគាំទ្រ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ក្រោយពេលដែលអ្នកជំងឺបានធូរស្បើយ ប៉ុន្តែ ត្រូវដកឱសថ ddi ឬ d4T ចេញពីរូបមន្តព្យាបាល ដោយត្រូវប្រើឱសថ TDF AZT ឬ ABC ជំនួស។

១០.៣ ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១០.៣.១ ការពុលតម្រងនោមបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ Tenofovir

- ការពុលតម្រងនោមបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ TDF គឺបណ្តាលមកពីការខូចមុខងារកោសិកា proximal tubular។
- កើតឡើង < ១% នៃអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថ TDF។
- ការពុលឱសថ TDF ជាទូទៅអាចកើតឡើងក្នុងកំឡុងពេលប្រែប្រួលពីច្រើនសប្តាហ៍ ទៅច្រើនខែ ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF។
- សម្រាប់គោលការណ៍ណែនាំអំពីជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ជាទូទៅសូមអានជំពូក៩០ជំងឺតម្រងនោម ។
- **កត្តាប្រឈមមុខ** រួមមាន វ័យចាស់ ភេទប្រុស ទម្ងន់ស្រាល ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺខ្សោយមុខងារតម្រងនោម និងជំងឺផ្សេងទៀតរួមផ្សំ (ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC) រួមផ្សំនឹងការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) និងឱសថបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោម និង ការព្យាបាលដោយរូបមន្តឱសថ ritonavir boosted protease។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និងតេស្តតាមដានការពុលឱសថ TDF[១៦]

- មុននឹងព្យាបាលដោយឱសថ TDF ត្រូវធ្វើតេស្ត creatinine និងតេស្ត eGFR នៅពេលដើមគ្រាលើគ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ជាពិសេស គ្រប់អ្នកជំងឺដែលមានកត្តាប្រឈមមុខខ្ពស់ ដូចជា វ័យចាស់ ជំងឺខ្សោយមុខងារតម្រងនោម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺលើសសម្ពាធឈាមរយៈយូរ ហើយកំពុងព្យាបាលដោយឱសថក្រុម PI រួមផ្សំនឹងការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) និងឱសថបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោម[១៦] ។

---

[១៦] គោលការណ៍ណែនាំរួម របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក២០១៣

- មិនត្រូវចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF បើ eGFR < ៥០ម.ល/នាទី ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមរយៈពេលយូរ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមិនអាចគ្រួតពិនិត្យបាន ឬ ជំងឺខ្សោយតម្រងនោម។

- បន្តការតាមដានជាប្រចាំក្នុងការធ្វើតេស្ត serum creatinine និងតេស្ត urine dipstick នៅខែទី១, ខែទី៣ និងរៀងរាល់១២ខែម្តង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF[១៧] ។
- បើគ្មានធនធានគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ធ្វើតេស្តតាមដានជាប្រចាំនូវ serum creatinine តេស្ត urine dipstick សម្រាប់វាស់ជាតិស្ករក្នុងទឹកនោមទេ (សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគ្មានជំងឺទឹកនោមផ្អែម) ការធ្វើតេស្ត proteinuria តែឯកឯងត្រូវតែអនុវត្ត សម្រាប់តាមដានភាពពុលធ្ងន់ធ្ងរឱសថ TDF → ត្រូវតែធ្វើតេស្ត proteinuria បើតេស្ត serum creatinine មានលទ្ធផល វិជ្ជមាន។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺខ្សោយតម្រងនោមបណ្ដាលមកពីពុលឱសថ TDF

(Cr<៥០ម.ល/នាទី):

- វាយតម្លៃ និងព្យាបាលរាល់មូលហេតុជំងឺតម្រងនោម (ការខ្សោះជាតិទឹក ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។ល។)
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម –ជាពិសេសឱសថ NSAIDS។
- ធ្វើតេស្តរកអង់ទីហ្សែនមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HbsAg) ករណីមិនទាន់ដឹង។
- ប្តូរឱសថ TDF ចេញ (បើរោគសញ្ញាខ្សោយតម្រងនោមនៅតែមាន ហើយរកមូលហេតុផ្សេងទៀតដែលអាចព្យាបាលជា មិនឃើញ)៖
    - បើ TDF កំពុងតែយកមកព្យាបាលក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១→ ត្រូវប្តូរទៅ AZT ឬ ABC
    - បើធ្លាប់ប្រើ AZT ពីមុន → ត្រូវប្តូរទៅប្រើ ABC ឬ ddi វិញ។

- បើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន៖ គឺប្រឈមមុខនឹងមានលេចចេញស្នាមក្រហមលើស្បែក "flare" នៃជំងឺរលាកថ្លើម ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និង ការវិវត្តន៍ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។
    - បើមិនច្បាស់ថា វាបណ្ដាលមកពីការពុលឱសថ TDF បន្តការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និងបន្តការតាមដាននៅខែទី១ និងខែទី៣។
    - បើតម្រូវឱ្យប្តូរឱសថ TDF ចេញ ត្រូវតាមដានការវិវត្តនៃ hepatitis flare (ទាំងរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង ALT) អាចនឹងកើតឡើង ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ TDF និងបន្តការវិវត្តន៍ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ។

- ប្រែប្រួលកម្រិតដូសឱសថទាំងឡាយណា ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម៖ តារាងទី ៤៧-១ កែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ។

---

[១៧] គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក អំពី របេង អេដស៍របស់ អង្គការគ្រូពេទ្យគ្មានព្រំដែន ២០១៥

- តាមដានមុខងារតម្រងនោម លើការប្រែប្រួលកម្រិត eGFR អាចតម្រូវឱ្យមានការលៃសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត ។

១០.៣.២ ការពុលឈាម (Hematological toxicity)

- អ្នកជំងឺ ជាញឹកញាប់មានការស្លេកស្លាំង បណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ពុំរ៉ៃ និងជំងឺឱកាសនិយម ជាពិសេស ជំងឺរបេង និងជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ជំងឺបណ្តាលមកពីពពួកផ្សិត និងជំងឺ MAC ទៅក្នុងខួរឆ្អឹង។
- ជាងនេះទៅទៀត ឱសថ AZT និងឱសថ cotrimoxazole អាចបណ្តាលឱ្យមានជំងឺស្លេកស្លាំង និង neutropenia ផងដែរ។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និង ការធ្វើតេស្តតាមដាន ជំងឺស្លេកស្លាំង ៖

- ធ្វើតេស្ត Hb នៅពេលដើមគ្រា រាល់ពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ AZT (ចៀសវាងព្យាបាលដោយឱសថ AZT បើ Hb <៨ក្រ/ដ.ល និងធ្វើតេស្ត Hb ឡើងវិញ នៅខែទី១ ខែទី៣ និងរៀងរាល់ ៦ខែម្តង។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- បើ ↓Hb <២៥% និងមានជំងឺស្លេកស្លាំងកម្រិតស្រាល (Hb≥ ៨០ ក្រ/ដ.ល) និងគ្មានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole និង ធ្វើការពិនិត្យនិងព្យាបាលមូលហេតុផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺរបេង ជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ ការបាត់បង់ឈាម។ល។ ព្យាបាលដោយ folic acid។ បើកម្រិត Hb បានល្អប្រសើរឡើងវិញ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ AZT និង បន្តការតាម ដាន។

- បើ ↓Hb >២៥% ឬ Hb <៨ ក្រ/ល ឬ មានរោគសញ្ញានៃជំងឺស្លេកស្លាំង ត្រូវឈប់ព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole និង AZT (ប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឬ TDF) និង ធ្វើការពិនិត្យនិងព្យាបាលមូលហេតុផ្សេងៗ និងផ្តល់ folate។ បើ ជំងឺស្លេកស្លាំងមិនមែនបណ្តាលមកពី AZT ទេ អាចបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ AZT នៅពេលក្រោយ ។

១០.៣.៣ ការពុលថ្លើម

- ប្រតិកម្មបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើម អាចកើតឡើងបណ្តាលមកពីឱសថជាច្រើន ដូចជា ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ឱសថ ARV និងឱសថ antimicrobials ផ្សេងទៀត ដូចជា ឱសថ cotrimoxazole និងឱសថ fluconazole ឱសថបញ្ចុះជាតិខ្លាញ់ និងឱសថ NSAIDS។ល។
- ឱសថបុរាណមួយចំនួន ក៏បណ្តាលឱ្យពុលថ្លើមដែរ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការផឹកសុរាច្រើនពេក ជំរុញឱ្យពុលថ្លើមពេលលេបថ្នាំ។

- IRIS បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬC ឬការបង្ករោគផ្សេងទៀតបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើម លើអ្នកជំងឺដែលទើបតែចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- **ឱសថ ATV/r មិនសូវបណ្តាលឱ្យកើតរោគលឿងទេ (jaundice)** ដូច្នេះការព្យាបាលដោយឱសថនេះ វាមិនបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើមទេ។ កម្រិត AST/ALT នៅធម្មតា និងគ្មានរោគសញ្ញា និងមិនមានមូលហេតុអ្វីគួរឱ្យបារម្ភណ៍ទេ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើម រួមមាន៖ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ សាច់ថ្លើមមានសភាពស្រទន់ (liver tenderness) រោគលឿង និងគ្រុនក្តៅ។

ការធ្វើតេស្តនៅពេលដើមគ្រា និង ការធ្វើតេស្តតាមដាន

- ធ្វើតេស្ត ALT/AST នៅពេលដើមគ្រា និងនៅខែទី១ និងខែទី៣ រាល់ក្រោយពេលប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- តាមដានរោគសញ្ញា គឺមានសារសំខាន់ណាស់ ហើយបើមានរោគសញ្ញារលាកថ្លើមលេចឡើងត្រូវធ្វើតេស្ត ALT/AST ភ្លាម។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- បើ ALT/AST > ៥ដង x ULN, +/ឬ រោគលឿង (jaundice), +/ឬ រោគសញ្ញា
  - ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI ក្រុម PI ឱសថ cotrimoxazole ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ឱសថ fluconazole និងឱសថផ្សេងទៀតដែលមិនសំខាន់ តែវាអាចបណ្តាលឱ្យពុលថ្លើម។
  - ធ្វើតេស្ត INR ALP bilirubin ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមទាំងអស់(CBC) creatinine និង electrolytes
  - ត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមសរសៃ(IVI fluids) និងតាមដានឱ្យបានដិតដល់។
  - អាចបន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI រយៈពេល៧ថ្ងៃទៀត បើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថ NNRTI ដើម្បីការពារប្រឆាំងនឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលតែមួយមុខ (effective monotherapy)។ ប៉ុន្តែ ករណីដែលស្ថានភាពអ្នកជំងឺមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI ។
  - ការស្រាវជ្រាវបន្ថែម ផ្អែកតាមលទ្ធផលរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ រួមមាន៖ ការឆ្លុះអេកូពោះ ការស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង និងការបង្ករោគផ្សេងទៀត។
  - បើអ្នកជំងឺមានជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវពិចារណាក្នុងការប្តូរឱសថព្យាបាលជំងឺរបេងដែលបានដឹងថា មិនសូវពុលថ្លើម ឧ. ឱសថ streptomycin ឱសថ moxifloxacin ដោយពិភាក្សាជាមួយនឹងមជ្ឈមណ្ឌលជាតិកំចាត់ជំងឺរបេង(CENAT)។
- បើ AST/ALT < ៥ដង x ULN និងគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងគ្មានរោគលឿង (jaundice)
  - បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលជំងឺរបេង ប៉ុន្តែត្រូវឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថ fluconazole ឱសថ cotrimoxazole និងឱសថផ្សេងទៀត។
  - តាមដាន AST/ALT រៀងរាល់ ៥–១៤ ថ្ងៃ។

- អាស្រ័យតាមភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃការរលាកថ្លើម និងត្រូវផ្អាកការព្យាបាលដោយភ្នាក់ងារដែលអាចបង្កឱ្យរលាកថ្លើម ហើយអាចចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញតាមវិធីសាស្ត្រ stepwise (ដោយបង្កើនកម្រិតដូសបន្តិចម្តងៗ) ធ្វើការតាមដានមុខងារថ្លើមឱ្យជិតដល់។ បើការពុលថ្លើម បណ្តាលមកពីឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវពិភាក្សាជាមួយនឹង CENAT។
- នៅពេល AST/ALT ត្រឡប់មកតម្លៃធម្មតាវិញ
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ NVP → ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ EFV និងតាមដានការព្យាបាលរៀងរាល់សប្តាហ៍ (មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ NVP ម្តងទៀតទេ)។
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ EFV → ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថក្រុម PI (មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI ម្តងទៀតទេ)។
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ PI និង មិនមែនបណ្តាលមកពីឱសថក្រុម NNRTI → ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ EFV ។
  - បើបណ្តាលមកពីផលវិបាកនៃឱសថ PI → និងបណ្តាលមកពីឱសថក្រុម NNRTI ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ។
- ពេលណាតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយឱសថផ្សេង ក្រៅពីឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឃ្លាតគ្នាយ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ និងតាមដានតេស្ត AST/ALT រៀងរាល់សប្តាហ៍។

១០.៣.៤ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកច្រើនកើតឡើងពេលព្យាបាល ដោយ ឱសថក្រុម NNRTI (ពេលព្យាបាលដោយឱសថ NVP ជួបញឹកញាប់ជាងពេលព្យាបាលដោយ ឱសថEFV) និងឱសថ cotrimoxazole។
- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole សូមអានតារាងទី ៥ ២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក បណ្តាលមកពីប្រតិកម្មឱសថ Cotrimoxazole ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ក៏ជារោគសញ្ញាមួយនៃប្រតិកម្ម hypersensitivity ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថ abacavir ដែរ ប៉ុន្តែប្រតិកម្មនេះ ទំនងគ្របដណ្តប់ដោយមានរោគសញ្ញានៅរាងកាយ (systemic symptoms) វិញ។

ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- នៅពេលមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ត្រូវធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅពេលប្រើប្រាស់ឱសថបណ្តាលឱ្យរលាកថ្លើម។

- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក កម្រិតស្រាល (ចំណាត់ថ្នាក់ទី១ ឬទី២)៖** សាយភាព ឬ ដុំបន្ទះពណ៌ក្រហម ឬ macules និង papules និង/គ្មានរមាស់ខ្លាំង (pruritus) គ្មាន mucosal ឬ គ្រុនក្តៅ និងតេស្ត AST/ALT មានកម្រិតធម្មតា។
  - បន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI បន្ថែមឱសថ antihistamine និងតាមដាន។
  - បើមានទំនាក់ទំនងជាមួយវិធីសាស្ត្រ ដំឡើងកម្រិតដូសរបស់ NVP បន្តិចម្តងៗ ការដំឡើងកម្រិតដូសនាំមុខនេះ អាចបន្តលើសពី ១សប្តាហ៍ទៀត។

- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក កម្រិតមធ្យម (ចំណាត់ថ្នាក់ទី៣)**: ពងទឹក និងប៉ះពាល់ដល់ mucosal ខ្លះ មាន/គ្មានឡើង ALT/AST មាន/គ្មានគ្រុនក្តៅ។
  - បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NNRTI និងឱសថ cotrimoxazole បន្តការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម NRTI លើសពី ៧ថ្ងៃទៀត។
    - នៅពេលមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (មាន/គ្មាន) ជំងឺរលាកថ្លើម និង systemic symptoms ធូរស្រាល។
    - បើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថ NVP ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ជាមួយនឹងឱសថ EFV។
    - បើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយឱសថ EFV ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ជាមួយនឹងឱសថ ATV/r ។
  - នៅពេលដែលបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឡើងវិញ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថcotrimoxazoleឡើងវិញដោយអនុវត្តន៍តាមវិធីសារ desensitization តារាងទី ៥-៣ វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់។

- **ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ(កម្រិតទី៤ និងមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត)**:រោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម៖
  - **ចង្កោមរោគសញ្ញា** Drug hypersensitivity syndrome (DRESS): ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (morbilliform) > ៥០%នៃស្បែក + គ្រុនក្តៅ +/- ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ +/- eosinophilia, +/- nephritis (ពិនិត្យសម្អាធឈាម urine dipstick) +/- ជំងឺរលាកសួត (pneumonitis) ដោយថតសួតដោយកាំរស្មី X។
  - **ចង្កោមរោគសញ្ញា** Stevens–Johnson syndrome **និង ការពុលរលួយស្បែក** (Toxic Epidermal Necrolysis): ប្រតិកម្មពងស្បែករលួយ និងរាលដាលដល់ភ្នាសទីពីរនៃ mucus ឧ. មាត់ ភ្នែក ប្រដាប់បន្តពូជខាងក្រៅ (genitalia)។ ជាទូទៅ វាកើតឡើងភ្លាមៗ ឡើងដុំទឹកពណ៌ស្វាយជម្ពូរ ហើយឈឺ (dusky purple macules) នៅជំបន់ជុំវិញកន្លែងសង្កត់។

- **បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់** និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅសំរាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ មិនត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថណាមួយក្នុងក្រុម NNRTI និង cotrimoxazole ឡើងវិញឡើយ តែត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r ជំនួសវិញ។

១០.៤ ផលលំបាករយៈពេលយូរនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការប៉ះពាល់នៃមេតាបូលិក

- Protease inhibitors បណ្តាលឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងផលប៉ះពាល់មេតាបូលិក រួមមាន ឡើងជាតិស្ករក្នុងឈាម (hyperglycemia/ស៊ាំជាមួយ insulin និងកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម លើសជាតិខ្លាញ់ (hyperlipidemia) និងការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅផ្នែកកណ្តាល(central adiposity)។
- គ្រប់ជំងឺទាំងអស់នេះ បង្កើនការប្រឈមមុខជាមួយនឹងជំងឺបេះដូង (cardiovascular disease)។ ដោយសារតែ អ្នកជំងឺអេដស៍ មានការប្រឈមមុខជាមួយនឹងជំងឺបេះដូង ដូច្នេះ ការឆាប់ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចមានផលប្រយោជន៍ក្នុងការកាត់បន្ថយនូវការប្រឈមមុខនេះ។
- ឱសថ Atazanavir/r បណ្តាលឱ្យមានផលប៉ះពាល់មេតាបូលិកតិចជាងឱសថ lopinovir/r។
- ឱសថ Efavirenz ចូលរួមលើការបង្កឱ្យមានវិបត្តិជាតិខ្លាញ់ (dyslipidemia)។
- ឱសថ Tenofovir និង PI's បណ្តាលឱ្យមានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺពុកឆ្អឹង (osteoporosis)។

ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល៖

- ត្រូវផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ លើការកែសម្រួលកត្តាប្រឈមមុខ និងផ្តល់ការព្យាបាលសមស្របនៃជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ល។

តារាងទី ១០-១ ការពុលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	ការពុល	កត្តាប្រឈមមុខ	ការតាមដាន និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល	ជម្រើសនៃប្តូរឱសថ (Switch options)
ឱសថ AZT	ស្លេកស្លាំង neutropenia	ជំងឺស្លេកស្លាំងនៅពេលដើមគ្រា ឬ neutropenia	ចៀសវាងប្រើឱសថ AZT បើ Hb <៨ g/dl ធ្វើតេស្ត Hb នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣ និងរៀងរាល់៦ខែម្តង។	ប្តូរទៅប្រើ TDF ឬ ABC
	ជំងឺ Myopathy		តាមដានរោគសញ្ញា បើឈឺសាច់ដុំ ឬ សាច់ដុំខ្សោយ ត្រូវធ្វើតេស្ត CK។	
	Lipoatrophy	ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ	ថយចុះជាតិខ្លាញ់នៅផ្ទៃមុខនៅអវៈយវៈ (limbs) នៅគូថ	
ឱសថ AZT, TDF, ddi	Lactic acidosis ឬថ្លើមរីកធំខ្លាំង និង ខ្លាញ់ក្នុងថ្លើម	ព្យាបាល > ៦ខែ នៃឱសថក្រុម NRTI BMI ខ្ពស់ ភេទស្រី	តាមដានរោគសញ្ញា:បើ N + V ឈឺពោះ ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង ពិនិត្យមើល: bicarbonate, AST/ALT, CK, lactate។	បើកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ AZT ត្រូវប្តូរទៅឱសថ TDF ឬ ABC បើកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ TDF ឬ ABC ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

ឱសថ TDF	វិបត្តិមុខងារតម្រងនោម (Renal tubular dysfunction)	វ័យចាស់ ភេទប្រុស BMI ទាប ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ មានជំងឺមួយចំនួនដែលបន្ថយមុខងារតម្រងនោម (ជំងឺទឹកនោមផ្អែម លើសសម្ពាធឈាម រលាកថ្លើមប្រភេទC) ព្យាបាលដោយឱសថពុលតម្រងនោម និងបញ្ចេញតាមទឹកនោម ឬក្រុម PI។	ចៀសវាងប្រើ TDF បើ eGFR < ៥០ ml/min ឬ កើតជំងឺទឹកនោមផ្អែមរយៈពេលយូរ ឬ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន។ ការវាយតម្លៃ និងព្យាបាលមូលហេតុនៃជំងឺតម្រងនោម (ការខ្វះជាតិទឹក ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។ល។) *ឈប់ប្រើឱសថដែលពុលតម្រងនោម – ឌ NSAIDS* ធ្វើតេស្ត Cr + dipstick នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣ និងរៀងរាល់១២ខែម្តង។	ប្តូរឱសថ TDF ទៅប្រើឱសថ AZT ឬ ABC វិញ **ពិនិត្យតេស្ត HbsAg មុននឹងប្តូរឱសថ **
	ថយចុះកំហាប់សារធាតុរ៉ែក្នុងឆ្អឹង	អាយុ > ៥០ឆ្នាំ ភេទស្រី BMI ទាប អសកម្មផ្លូវកាយ ជក់បារី ចាក់គ្រឿងញៀន ជំងឺទឹកនោមផ្អែម CLD ប្រើឱសថ Corticosteroid	រោគសញ្ញា បាក់ឆ្អឹង ថយចុះកម្ពស់ (loss of height) ឧបករណ៍វាយតម្លៃកត្តាប្រឈមមុខនឹងការបាក់ឆ្អឹង(FRAX)។	
ឱសថ ABC	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity	វត្តមាន HLA-B 5701 gene	មិនត្រូវព្យាបាលព្យាបាលដោយឱសថ ABC ឡើងវិញទេ។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ TDF ឬ AZT វិញ
ឱសថ 3TC / FTC	ករណីកំរនៃផលប៉ះពាល់របស់ក្នុងក្រុម NRTI			
ឱសថ EFV	ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល– ឈឺក្បាលតិចតួច សំរា	ប្រវត្តិជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬជំងឺប្រកាច់ (seizures)	ជាធម្មតាជំងឺទឹកនោមផ្អែមអាចមានធូរស្រាលឡើងវិញ ក្រោយការព្យាបាល	ប្តូរទៅប្រើឱសថ NVP វិញ

	នូមិនលក់ សុបិន្តអាក្រក់ វិបត្តិផ្លូវចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត វង្វេងស្មារតី		ដោយឱសថ EFV ពីរសប្តាហ៍ តែវាក៏នៅជាប់រហូតដែរ។	
	ប្រុសឡើងដោះ (Male gynaecomastia)			
ឱសថក្រុម NNRTI: EFV និង NVP	ពុលថ្លើម	រលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម។ ព្យាបាលដោយឱសថ NVP ស្រីមាន CD4 > ២៥០ ប្រុស CD4 > ៤០០	តាមដានរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣។	ប្តូរទៅប្រើឱសថផ្សេងក្នុងក្រុម NNRTI, ទោះបីជា អ្នកជំងឺមិនអាចទ្រាំបាន (tolerate) អាចជា NNRTI ប្តូរទៅប្រើឱសថ PI (ឬ DTG បើអាចធ្វើបាន)
	ស្នាមកន្ទួលស្បែក និង hypersensitivity syndrome (Stevens Johnson)			សូមអានផ្នែកអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ក្នុងជំពូកទី១០ ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ឱសថ ATV/r	Indirect hyperbilirubinaemia (សញ្ញាគ្លីនិក ចេញលឿង)		បើគ្មានរោគសញ្ញា និង ALT/AST ធម្មតា មិនត្រូវប្តូរឱសថទេ។	
	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR interval prolongation)	ធ្លាប់មានជំងឺនាំមុខមួយចំនួន ដូចជា ថយចុះជាតិប៉ូតាស្យ៉ូម (Hypokalemia)	ចៀសវាងការប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថផ្សេងទៀតដែលនាំឱ្យ QT យូរ ឬ PR interval ។	
	Nephrolithiasis និងប្រឈមមុខនឹងកើតកូនមិនគ្រប់ខែ (prematurity)			ប្រើឱសថ LPV/r (ឬ ឱសថ DRV/r ប្រើ សិនជាមាន)។
ឱសថក្រុម Protease inhibitors	ពុលថ្លើម	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម	តាមដានរោគសញ្ញា និងធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ0 ខែទី១ ខែទី៣។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ LPV/r ឬប្តូរឱសថ DRV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។
	រាគរូស និងជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ (ធ្ងន់ឡើងពេលប្រើឱសថ LPV/r)			ប្តូរទៅប្រើឱសថ LPV ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។
	ចង្កោមរោគសញ្ញាមេតាបូលិក (ប្រើឱសថ LPV/r កាន់តែធ្ងន់) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម dyslipidaemia ជំងឺរលាកលំពែង។	ជំងឺសួរពូជ និង ការកែប្រែកត្តាប្រឈមមុខ។	វាស់សម្ពាធឈាមរាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ។ ផ្តល់យោបល់ពីរបៀបរស់នៅ (Lifestyle advice) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និង ធ្វើតេស្ត lipids រៀងរាល់១២ខែម្តង។	ប្តូរទៅប្រើឱសថ LPV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r វិញ។

ឱសថ Darunavir /r (DRV/r)	ស្បែកនិងប្រតិកម្ម hypersensitivity	Sulfonamide allergy		
	ពុលប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល: សំរាន្តមិនលក់ សុបិន្តអាក្រក់ ធ្លាក់ទឹកចិត្ត វង្វេងស្មារតី។	ធ្លាប់មានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	កម្រិតដូសលេបពេលថ្ងៃ។	
ឱសថ LPV/r	Electrocardiographic មិនធម្មតា (PR និង QT interval prolongation, torsade de points)។	ធ្លាប់មានជំងឺនាំមុខមួយចំនួនដូចជា ថយចុះជាតិប៉ូតាស្យ៉ូម (Hypokalaemia)។	ចៀសវាងការប្រើរួមគ្នាជាមួយឱសថផ្សេងទៀតដែលនាំឱ្យ QT យូរ ឬ PR interval ។	
	ស្បែក និង ប្រតិកម្ម hypersensitivity			ប្រើឱសថ ATV/r វិញ
ឱសថ Dolutegravir (DTG)	សំរាន្តមិនលក់ និង ឈឺក្បាល។			
	ការពុលថ្លើម	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រើឱសថដែលពុលថ្លើម	ធ្វើតេស្ត AST/ALT នៅថ្ងៃ០ ខែទី១ ខែទី៣ និងរៀងរាល់៦ខែម្តង។	
	ប្រតិកម្ម Hypersensitivity			

ជំពូក ១១. តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹង ការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ចែកជា បីកម្រិត។ សូមមើលតារាងទី១១-២ និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ស្របតាម WHO។

១១.១ ការតាមដានវីរុសសាស្ត្រ

- លទ្ធផលតេស្ត HIV Viral load គឺរំពឹងថា នឹងមិនអាចរកមេរោគអេដស៍ឃើញ(undetectable) នៅពេលធ្វើតេស្តតាមដានជាប្រចាំនៅ៦ខែដំបូង និងរក្សាភាព undetectable VL ក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ បើមានការកើនឡើងវិញនូវ viral load ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបានលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវចាត់ទុកថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ និងជាទូទៅ វាជាលទ្ធផលនៃការវិវត្តន៍នៃមេរោគអេដស៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(HIV drug resistant mutations) ដែលអនុញ្ញាតឱ្យវីរុសអាចគេចផុតពីឥទ្ធិពលរបស់ថ្នាំបាន(virological escape)។

- **ការធ្វើតេស្ត** viral load **ជាប្រចាំ** រកឃើញថា មានការកើនឡើងនៃ viral load ដែលអាចជាគន្លឹះមួយដែលត្រូវធ្វើការពិនិត្យវាយតម្លៃឡើងវិញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងផ្តល់ការគាំទ្រអ្នកជំងឺឱ្យលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

- **គោលដៅនៃការធ្វើតេស្ត** viral load **ជាប្រចាំ** អាចនឹធ្វើឡើង ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ នៅក្នុងបរិបទដែលមានការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ឬផ្នែកភាពស៊ាំ។

- ការធ្វើតេស្ត VL ជាប្រចាំ គឺជាជម្រើសដ៏ល្អជាងគេ ក៏ប៉ុន្តែ ការធ្វើតេស្ត VL គោលដៅអាចយកមកអនុវត្តន៍ ប្រសិនបើមិនមានធនធានគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការធ្វើតេស្ត VL ជាប្រចាំនោះទេ។
- សូមមើលគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្ត Viral load ខាងក្រោម។

១១.២ ការតាមដានភាពស៊ាំ

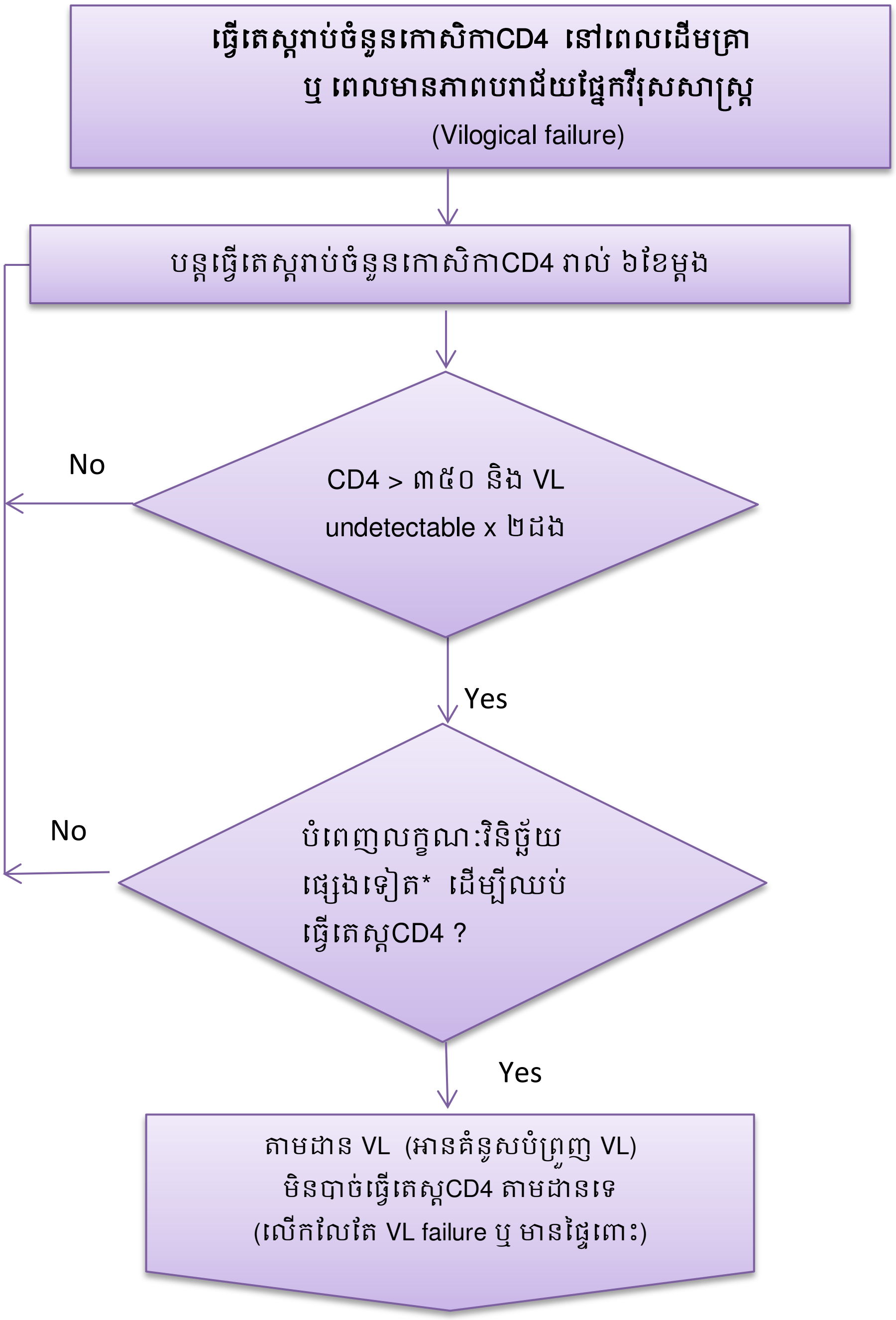
- ត្រូវធ្វើតេស្តកោសិកាCD4 អាចត្រូវបានអនុវត្តន៍មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ មិនតម្រូវឱ្យរង់ចាំលទ្ធផលតេស្តកោសិកាCD4 នោះទេ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ។

- ការធ្វើតេស្តកោសិកាCD4 នៅពេលដើមគ្រា គឺមានសារៈសំខាន់ក្នុងការកំណត់ពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងដឹងពីកម្រិតនៃការថយចុះនៃភាពស៊ាំ និងការប្រឈមមុខនឹងជំងឺឱកាសនិយម មាន/ឬគ្មាន IRIS នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
- គេអាចបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តតាមដានCD4 ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានលំនឹងផ្នែកសុខភាពៈ
  - បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងតិចមួយឆ្នាំ មានចំនួនកោសិកា CD4> ៣៥០ និងគ្មានប្រតិកម្មឱសថដែលតម្រូវឱ្យតាមដានជាទៀងទាត់ គ្មានជំងឺឱកាសនិយម ឬ គ្មានផ្ទៃពោះ ហើយដឹងច្បាស់ពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់អស់មួយជីវិត និងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពី ភាពជោគជ័យនៃការព្យាបាល (ការធ្វើតេស្ត VL ២ដងមានលទ្ធផល undetectale VL)។
- ករណីមានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ត្រូវធ្វើតេស្តកោសិកាCD4។
- ប្រសិនបើ មិនអាចធ្វើតេស្តVL ជាប្រចាំ ត្រូវបន្តធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាCD4 រៀងរាល់ ៦ខែម្តង និងការធ្វើតេស្ត VL គោលដៅ ករណីមានការធ្លាក់ចុះចំនួនកោសិកាCD4។
- សូមមើលគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកាCD4 ខាងក្រោម។

១១.៣ ការតាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងការវិវត្តន៍សារចុះសារឡើងទៅដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤នៃ WHO ដែលកំណត់ពី ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ តារាងទី ៩៤-១ ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ស្របតាម WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ)។

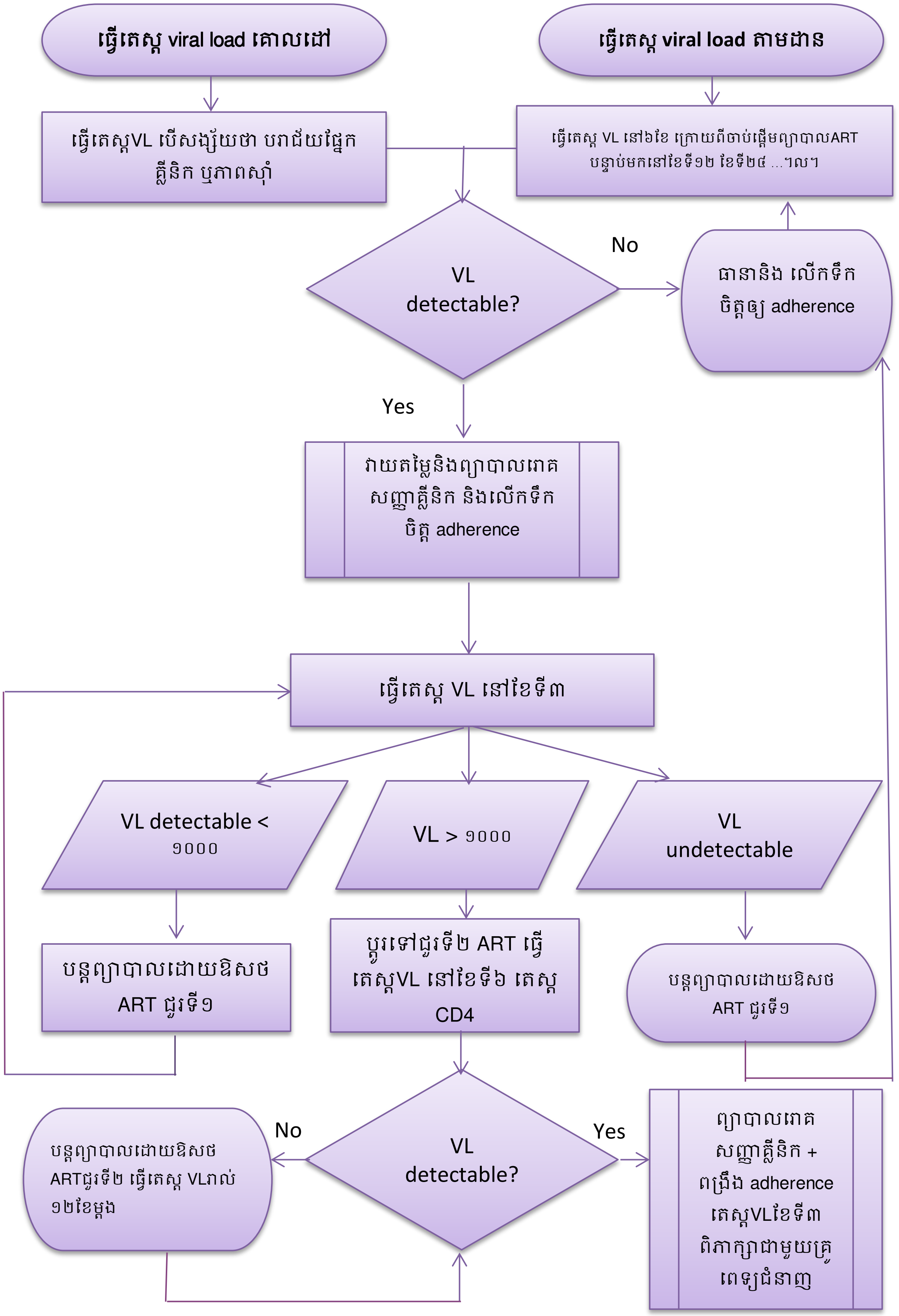
រូបភាពទី ១១-១ គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4



តារាងទី ១១-១ ពេលណាដែលត្រូវចាប់ផ្តើម/បន្ត និងបញ្ឈប់ការធ្វើតេស្តកោសិកា *CD4* សម្រាប់តាមដាន

ការចាប់ផ្តើម /បន្ត	ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 នៅពេលដើមគ្រា បន្ទាប់រាល់៦ខែម្តង រហូតដល់បំពេញបាននូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីឈប់ធ្វើតេស្តកោសិកាCD4។
លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការឈប់ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 តាមដាន * នៅពេលដែលមានតេស្ត VL ។	ព្យាបាលដោយ ART យ៉ាងតិច១ឆ្នាំ និងបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យខាងក្រោម: • គ្មានប្រតិកម្មឱសថដែលតម្រូវឱ្យធ្វើការតាមដានជាទៀងទាត់។ • គ្មានជំងឺឱកាសនិយម និងគ្មានការព្យាបាលជំងឺរបេង • មិនមានផ្ទៃពោះ • យល់ដឹងយ៉ាងច្បាស់ពីការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់អស់មួយជីវិត។ • ធ្វើតេស្ត ២ដង x CD4 > ៣៥០ កោសិកា/មម៣ • ធ្វើតេស្ត ២ដង x undetectable VL • ធ្វើតេស្ត VL តាមដានជាប្រចាំ បើសិនជាមានលទ្ធភាព។
ធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 ឡើងវិញ	បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត → អនុវត្តន៍តាមរូបភាពនៃការធ្វើតេស្តកោសិកា CD4 ផ្ទៃពោះ → អនុវត្តន៍តាមអនុសាសន៍ បើ < ៣៥០ +/ឬ VL detectable។

រូបភាពទី១១ -២ ការធ្វើតេស្ត Viral load សម្រាប់តាមដាន



តារាងទី១១-២ និយមន័យនៃការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ផ្នែកភាពស៊ាំ និងផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត ស្របតាម *WHO*[១៨]

បរាជ័យ	និយមន័យ	អត្ថាធិប្បាយ
ផ្នែកគ្លីនិក	**មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់** កំពុងលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីៗដែលបញ្ជាក់ពី ការចុះថយភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លិនិកទី៤ នៃWHO)* ក្រោយពីព្យាបាលដោយ ART បាន៦ខែ។ **កុមារ** កំពុងលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកថ្មីៗដែលបញ្ជាក់ពីការចុះថយភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣និងទី៤នៃ **WHO**, លើកលែងតែជំងឺរបេង) ក្រោយពីព្យាបាលដោយ ART បាន៦ខែ។	លក្ខខណ្ឌខុសគ្នាពី ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ ដែលកើតឡើងក្រោយពី ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ART ។ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ នៃ WHO (ជំងឺរបេងសួត និងជំងឺបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ) អាចបញ្ជាក់ផងដែរ ពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។
ផ្នែកភាពស៊ាំ	**មនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់** ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ទៅដល់កម្រិតដើមគ្រា (ឬទាបជាង) ឬ ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះ ជានិច្ច នៅកម្រិត < ១០០កោសិកា/មម³។ ——— **កុមារ** **កុមារអាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ** ចំនួនកោសិកា **CD4** ថយចុះជានិច្ចនៅកម្រិត < ២០០កោសិកា/មម³ ឬ < ១០% ។ **អាយុលើសពី៥ឆ្នាំ** ចំនួនកោសិកា **CD4** ថយចុះជានិច្ចនៅកម្រិត < ១០០កោសិកា/មម³ ។	ករណីគ្មានការបង្ករោគរួមគ្នា ឬការបង្ករោគថ្មីៗ ដែលនាំឱ្យថយចុះចំនួនកោសិកាCD4 រយៈពេលខ្លី។ ការសិក្សាតាមវិធីសាស្រ្តពិនិត្យឡើងវិញជាប្រព័ន្ធ (systematic review) បង្ហាញថា លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្លីនិកនិងភាពស៊ាំបច្ចុប្បន្នរបស់ WHO មាន sensitivity និង positive predictive value កម្រិតទាបក្នុងការកំណត់បុគ្គលណា ដែលមានភាពស៊ាំផ្នែកវីរុស សាស្រ្ត ។ positive predictive value ត្រូវបានរំពឹងថា មានកម្រិតទាប នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ដោយ ART បានឆាប់ និងបរាជ័យនៃការព្យាបាលនៅពេលមានចំនួនកោសិកា CD4 នៅតែខ្ពស់។ បច្ចុប្បន្ននេះ មិនទាន់មាននិយមន័យណាផ្សេងទៀត អំពី ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលទេ និង គ្មាន និយមន័យផ្សេងនៃការបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំទេ។
ផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត	ផ្លាស់ស្នា VL ច្រើនជាង ១០០០ copies/ម.ល ដោយផ្អែកលើការធ្វើតេស្ត VL ពីរដងបន្តបន្ទាប់គ្នាចន្លោះគ្នា៣ខែម្តង ក្រោយពីផ្តល់ការគាំទ្រលើការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ។	តម្លៃទាបបំផុត(optimal threshold)នៃVL ដែលបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្រ្ត និងតម្រូវឱ្យផ្លូរូបមន្តព្យាបាលដោយ ART នៅមិនទាន់បានកំណត់នៅឡើយទេ។ ត្រូវព្យាបាលអ្នកជំងឺយ៉ាងតិច៦ខែ មុននឹងកំណត់ថារូបមន្តព្យាបាលនោះបរាជ័យ។ វាយតម្លៃ VL ដោយប្រើ DBS និងបច្ចេកវិទ្យា Point-of-care ដោយកំណត់យកកម្រិត VL ខ្ពស់ជាង។

[១៨] គោលការណ៍ណែនាំ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០១៣

ជំពូក ១២. ការគ្រប់គ្រងភាពបរាជ័យ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

១២.១ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលដែលលទ្ធផលតេស្ត viral load មានមេរោគអេដស៍ច្រើន អាចរកឃើញ (detectable)

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ ហើយមានតេស្ត VL មានចំនួនមេរោគច្រើន ត្រូវបានរកឃើញ (detectable) គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ទាំងចំពោះសុខភាពអ្នកជំងឺ និង ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងការចម្លងមេរោគអេដស៍ រួមទាំង ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថ។

Viral load **អាច** detectable **ដោយសារ**

១. ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និងការគេចខ្លួននៃមេរោគអេដស៍។

២. ការបន្តបំបែកខ្លួននៃមេរោគអេដស៍ បណ្តាលមកពី ការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ (poor adherence) ។

៣. A "blip": ជួនកាល VL detectable នៅកម្រិតទាប < ១០០០copies/ម.ល (ជាពិសេស < ៥០០ copies/ម.ល) និងក្រោយមក VL ត្រឡប់មកមានចំនួនតិច មិនអាចរកឃើញវិញ (undetectable) ដោយមិនចាំបាច់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

ការព្យាបាលបង្ការជាវិជ្ជមាន (Positive prevention)

- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍គឺ ជាការព្យាបាលដ៏មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទពីអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទៅដៃគូដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបញ្ជាក់ដោយលទ្ធផលតេស្ត*viral load គឺ* undetectable។
- បើលទ្ធផលតេស្ត VL ក្លាយជា detectable នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នឹងមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរាលដោយមេរោគអេដស៍ និងមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
  - ត្រូវអប់រំអ្នកជំងឺ ឱ្យពាក់ស្រោមអនាម័យ ដើម្បីបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ទៅដៃគូជាពិសេស រហូតដល់លទ្ធផលតេស្ត VL undetectable

ការស្រង់ប្រវត្តជំងឺ

- ពិនិត្យសាកសួរអ្នកជំងឺឱ្យច្បាស់ថា អ្នកជំងឺមិនធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ពីមុនទេ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ? –តើអ្នក

ជំងឺធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលជំងឺអ្វីពីមុនមក? រួមទាំង កម្មវិធី PMTCT? ឬការព្យាបាលដោយដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដោយប្រើឱសថតែមួយមុខ/ពីរមុខ នៅសេវាគ្លីនិកឯកជន?

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញាគ្លីនិក ដែលកើតឡើងដោយសារតែភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ។ ពិនិត្យមើលរោគសញ្ញា ដូចជា ក្អួត ឬរាករូសបណ្ដាលមកពីវិបត្តិនៃការជ្រៀបចូល (malabsorption) ក្នុងរយៈពេលខ្លី ព្រមទាំង វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេង និង ជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ។

ដោះស្រាយបញ្ហាលេបថ្នាំឱសថបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់

- ករណីភាគច្រើននៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ បណ្ដាលមកពីបញ្ហាលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ ក្នុងករណី តេស្ត VL detectable វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការចំណាយពេលជាមួយអ្នកជំងឺ ពិភាក្សាគ្នាពីបញ្ហាពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយថា តើអ្នកជំងឺនឹងត្រូវរកដំណោះស្រាយបញ្ហានេះដោយរបៀបណា ?
- ពិនិត្យមើលការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពិនិត្យមើលថា តើគាត់យល់ដឹងច្បាស់ទេអំពី កម្រិតដូសត្រឹមត្រូវ និងពេលវេលាដែលត្រូវលេបថ្នាំ និងយល់ដឹងអំពី ភាពចាំបាច់ដែលត្រូវលេបថ្នាំ ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- ពិនិត្យមើលពីតម្រូវការនៃការហូបអាហារពេលលេបថ្នាំ និងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកជំងឺបានលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ដែរឬទេ?
- ពិនិត្យមើលឱសថ–អន្តរកម្មឱសថ
- ស្វែងយល់ពី កម្រិតនៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ របស់អ្នកជំងឺ។
    - បើអ្នកជំងឺលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់(adherence is very poor)ទេ ហើយលទ្ធផលតេស្ត VL មានកម្រិតមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ ដូច្នេះវាអាចមិនមែនមកពី ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលទេ។
    - បើលទ្ធផលតេស្ត viral load អាច detectable តែមានកម្រិតទាប ក្រោយពីមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងការលេបថ្នាំមិនសូវបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នៅពេលកន្លងទៅថ្មីៗ ក្រោយពេលដែលមានការលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ឡើងវិញ នាំឱ្យលទ្ធផលតេស្ត VL សំរេចបាននូវការលប់បំបាត់មេរោគអេដស៍ ។
- វាយតម្លៃពីរបាំងនៃការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រួមមាន៖
    - របាំងនៃការជំរុញទឹកចិត្តឱ្យលេបថ្នាំ (Motivational barriers) ដូចជា ការបាក់ទឹកចិត្ត (depressed mood) (សូមអាន ជំពូកទី៤២. សុខភាពផ្លូវចិត្ត។

- របាំងនៃការចងចាំ (Cognitive barriers) រួមមាន ថយចុះការចងចាំ ឬជំងឺវិកលចរិត (dementia) (សូមអានជំពូក ២០. ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិក (dementia)។
- ការផឹកសុរា ឬ ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ។
- ភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថ (Drug tolerability) ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ។
- របាំងនៃការចាត់ចែង (Organizational barriers) ដូចជា កម្មវិធីមមាញឹក ការធ្វើដំណើរ ស្ថានភាពសង្គមច្របូកច្របល់ (chaotic social situation)។ល។

- ធ្វើការជាមួយអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់៖
  - ផ្តល់ព័ត៌មានតាមធ្យោបាយដែលអ្នកជំងឺអាចទទួលយកបាន ធ្វើតាមការណែនាំ និងយល់ដឹងច្បាស់លាស់ ។
  - ជ្រើសរើស និងស្វែងរកការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភ័ក្រ ។
  - បើសង្ស័យថា អ្នកជំងឺមានជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ឬជំងឺវិកលចរិក(dementia) ត្រូវបញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសមស្រប ។
  - ផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺប្រើប្រាស់ឧបករណ៍រម្លឹក(reminders) – ឧ. ទូរស័ព្ទដៃ ឬផ្សារភ្ជាប់ពេលវេលានៃការលេបថ្នាំទៅនឹងការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់គាត់ (ឧ. ការដុសធ្មេញ ការលុបលាងមុខ)។
  - ធ្វើបញ្ជីឈ្មោះនិងលេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង រវាងក្រុមមិត្តជួយមិត្ត ឬ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា អ្នកជំងឺអេដស៍ស្ម័គ្រចិត្ត ក្រុម MMM ឬ គិលានុបដ្ឋាកដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ។

ត្រូវធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញ នៅខែទី៣

- បើ VL undetectable: ធានាថា អ្នកជំងឺ ត្រូវបានត្រឡប់មកតាមដានជាប្រចាំវិញ ។
- បើ Detectable VL < ១០០០ copies/ម.ល : បន្តការងារពង្រឹងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញនៅខែទី៣ ។
- បើ VL > ១០០០copies/ម.ល: មានន័យថា *បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ* ។

១២.២ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១

- ករណីដែលបញ្ជាក់ថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលដោយប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ជាបន្ទាន់ ដើម្បីចៀសវាងការវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំ (resistance mutations)។

- ម្យ៉ាងទៀត គឺការប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២បាន លុះត្រាតែបានដោះស្រាយបញ្ហានៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់រួចហើយ។ ករណីនៅតែបន្តលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ អាចបណ្តាលឱ្យបរាជ័យជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ទៀត ហើយយើងនឹងមិនមានជម្រើសផ្សេងទៀតទេ ។
- ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ និងវាយតម្លៃពីតម្រូវការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។
- បើអ្នកជំងឺកំពុងតែព្យាបាលជំងឺរបេងសកម្ម គួរពិចារណាក្នុងការពន្យាពេលប្តូរទៅព្យាបាលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ រហូតដល់បញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង ដើម្បីចៀសវាងអន្តរកម្មឱសថ ដែលតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់កម្រិតដូសទ្វេនៃឱសថLPV/r។
- ការប្តូរទៅព្យាបាលឱសថជួរទី២ ក្រោយពីធ្វើតេស្ត VL ២ដង មានលទ្ធផល detectable > ១០០០ copies/ml ដោយឃ្លាតគ្នា ≥ ៣ខែម្តង និង ក្រោយពីបានដោះស្រាយបញ្ហាលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។
- ត្រូវជ្រើសរើសឱសថជួរទី២ ដូចខាងក្រោមៈ

១២.៣ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ប្រទេសកម្ពុជា បានអនុវត្តវិធីសាស្ត្រសុខភាពសារធារណៈក្នុងការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ដែលមានរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា អាចនឹងវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ក្រោយពីការបរាជ័យជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ។

- សូមមើលតារាទី ១២-១ រូបមន្តស្តង់ដា នៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ដែលមានឱសថឆ្លាស់គ្នាក្នុងរូបមន្តជួរទី២ អាស្រ័យទៅតាមឱសថក្នុងក្រុម NRTI ដែលបានប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។ ឱសថជម្រើសទី៣ គឺឱសថ protease inhibitor Atazanavir រួមផ្សំជាមួយឱសថ ritonavir ក្នុងកម្រិតដូសទាប ដូចជា ATV/r ៣០០/១០០ ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃម្តង។

ត្រូវធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ មុននឹងប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថជួរទី២ៈ

- ស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន ត្រូវរក្សាទុកឱសថ TDF ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។
- ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ធ្វើតេស្ត CBC ធ្វើតេស្តមុខងារតម្រងនោម ធ្វើតេស្តរកជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (serum lipids)។

តារាទី ១២-១ រូបមន្តស្តង់ដា នៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

បរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី១	ជម្រើសឱសថជួរទី២
TDF + 3TC + NNRTI	AZT + 3TC + ATV/r (បើ HBsAg អវិជ្ជមាន)
	TDF + 3TC + AZT + ATV/r (បើ HBsAg វិជ្ជមាន)
AZT (or d4T) + 3TC + NNRTI	TDF + 3TC + ATV/r
បើព្យាបាលដោយ Rifampicin (ព្យាបាលជំងឺរបេង) ➢ ប្តូរត្រឡប់ទៅប្រើប្រាស់ឱសថ ATV/r វិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង	ឱសថ NRTI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ដូចខាងលើ + រួមជាមួយ អាចជា៖ • កម្រិតដូសទ្វេនៃឱសថ LPV/r លេប១២ម៉ោងម្តង ឬ • LPV/r + ៣ x ១០០ម.ក្រ ritonavir លេប១២ម៉ោងម្តង តាមដានការពុលឱសថឱ្យដឹតដល់ ។
បើបរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី១ ដែលមានឱសថក្រុម PI	ពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ រួមមាន៖

- ATV/r ៣០០ម.ក្រ/១០០ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃ/ម្តង+(AZT ៣០០ម.ក្រ + 3TC ១៥០ម.ក្រ) លេប១២ម៉ោង/ម្តង។
- ATV/r ៣០០ម.ក្រ/១០០ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃ/ម្តង + (TDF ៣០០ម.ក្រ + 3TC ១៥០ម.ក្រ) លេប១ថ្ងៃ/ម្តង ។
- ATV/r ៣០០ម.ក្រ/១០០ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃ/ម្តង + TDF ៣០០ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃ/ម្តង + (AZT ៣០០ម.ក្រ + 3TC ១៥០ម.ក្រ) លេប១២ម៉ោង/ម្តង។
- ឬ បើកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin
  - ២ x LPV/r ៤០០ម.ក្រ/១០០ម.ក្រ លេប១២ម៉ោង/ម្តង + NRTI backbone ឬ
  - LPV/r ៤០០ម.ក្រ/១០០ម.ក្រ + ritonavir ៣x១០០ម.ក្រ លេប១២ម៉ោង/ម្តង + NRTI backbone។

តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថជួរទី២

- ធ្វើតេស្ត VL ឡើងវិញក្រោយ ៦ខែ និងបន្ទាប់មក រៀងរាល់១២ខែ/ម្តង ។
- បើតេស្ត viral load មានលទ្ធផល detectable ពិនិត្យមើលរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងបញ្ហាលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ និងធ្វើតេស្តVL ឡើងវិញនៅខែទី៣។

- ផ្តល់យោបល់ជូនអ្នកជំងឺថា គាត់មានការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមផ្លូវភេទ និងត្រូវប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាប់ជានិច្ចរាល់ពេលរួមភេទ ។

ឱសថ Protease inhibitor **ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២**: ATV/r

- ឱសថ ATV/r គឺជាជម្រើសមួយនៃឱសថក្នុងក្រុម protease inhibitor សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ។ វាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាជាមួយឱសថ LPV/r ដែរ និងមានផលប៉ះពាល់លើមេតាបូលិកតិចជាង ។
- ឱសថ ATV/r ៣០០ម.ក្រ /១០០ម.ក្រ លេប១ថ្ងៃ/ម្តងពេលបរិភោគអាហារ ដោយរួមជាមួយឱសថក្រុម NRTI ២មុខទៀត ។
- ឱសថ ATV/r មិនត្រូវប្រើទេ បើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin។
- Proton pump inhibitors និងការបញ្ចេញទឹកអាស៊ីតក្រពះបណ្តាលឱ្យកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថយចុះ ដោយបន្ថយការជ្រាបចូលរបស់ឱសថ ATV/r។
- ឱសថ ATV អាចបង្កើន PR និង QT intervals នឹងប្រឈមមុខនឹងជំងឺបេះដូងលោតខុសចង្វាក់ (arrhythmia)។
- ផលប៉ះពាល់ រួមមាន៖
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ជាទូទៅអាចបាត់ទៅវិញដោយឯកឯងក្នុងកំឡុងពីរសប្តាហ៍ ក៏ប៉ុន្តែត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r បើស្នាមកន្ទួលលើស្បែក មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ។
  - ចេញលឿង (jaundice) បើគ្មានរោគសញ្ញា និង ALT/AST មានលទ្ធផលធម្មតា ករណីនេះមិនចាំបាច់បារម្ភណ៍ទេ ។
  - ឈឺក្បាល ចង្អោរ អង់ហ្ស៊ីមថ្លើមកើនឡើង ។
  - ផលលំបាកមេតាបូលិករយៈពេលយូរ: lipodystrophy ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជាតិខ្លាញ់កើនឡើង។
- សូមអានជំពូក ១០. ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
- សូមអានផ្នែកខាងលើ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ខាងលើ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថក្នុងក្រុម NRTI ។

ឱសថ Protease inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២: Lopinavir/ritonavir

- ឱសថ LPV/r ត្រូវបានប្រើជំនួសឱសថក្រុម PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ តែត្រូវប្រើតែក្នុងបរិបទនៃការប្រើឱសថនេះរួមគ្នាជាមួយឱសថ rifampicin ដែលតម្រូវឱ្យប្រើកម្រិតដូសឱសថ LPV/r ខ្ពស់។ ការតាមដានឱ្យជិតដល់នូវផលប៉ះពាល់ រួមទាំង វិបត្តិប្រដាប់រំលាយអាហារ និងការពុលថ្លើម។
- កម្រិតដូសធម្មតាឱសថ LPV/r = ៤០០ម.ក្រ /១០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ នៅពេលបរិភោគអាហារ។

១២.៤ បរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី ២

- ករណីមានការបញ្ជាក់ថា មានការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ដើម្បីពិភាក្សាអំពី ការវិភាគ genotype និងជម្រើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី ៣ (បើមានឱសថជួរទី៣នេះ)។
- គ្រប់ព័ត៌មានទាំងអស់អំពី អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យជាមួយឱសថជួរទី២ នឹងត្រូវប្រមូល ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ប្រមូលទិន្នន័យរបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ និងត្រូវបានពិនិត្យដោយផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍ រួមទាំង ការធ្វើតេស្ត Viral Load ។

ចំណុចត្រូវពិចារណាក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលបរាជ័យក្រោយពេលព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២[១៩]

ការវិភាគ Genotype

- ការវិភាគ genotype គឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការកំណត់ ថាតើមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែរឬទេ? ។ ប្រសិនបើ គ្មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ ការបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ គឺស្ទើរតែប្រាកដថា ទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហានៃការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) ដូច្នេះត្រូវផ្តោតលើការលើការជំរុញលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងភាពទ្រាំទ្រជាមួយឱសថជួរទី២ (មិនត្រូវប្តូរទៅព្យាបាលឱសថជួរទី៣ ទេ) ។

- ការវិភាគ genotype គួរតែត្រូវបានអនុវត្ត ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បរាជ័យ ក្នុងគោលបំណងដើម្បីរកឱ្យឃើញឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំ ។

- បើ genotype បានបញ្ជាក់ពីភាពស៊ាំជាមួយឱសថ (វាមានលក្ខណៈស៊ីគ្នាជាមួយប្រវត្តិនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺ) នឹងនាំឱ្យរៀបចំរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ថ្មីមួយដែលគួរតែមានឱសថយ៉ាងហោចណាស់ពីរមុខ និងជាជម្រើសដ៏ល្អគឺ មានបីមុខដែលសកម្មពេញលេញ ។

---

[១៩] គោលការណ៍ណែនាំ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០១៣ និង Panelសំរាប់ គោលការណ៍ណែនាំការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សំរាប់មនុស្សពេញវ័យនិង ក្មេងជំទង់. គោលការណ៍ណែនាំការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ប្រឆាំងនឹង HIV-1 សំរាប់មនុស្សពេញវ័យនិង វ័យជំទង់។អាចរកបានពីប្រភព
: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf

១២.៥ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី ៣ (salvage regiment)

- ការប្រើឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ "ថ្មី" ដែលអ្នកជំងឺមិនធ្លាប់បានលេបពីមុនមក មិនធានាថា ឱសថថ្មីនេះនឹងមានភាពសកម្មពេញលេញនោះទេ ដោយសារតែ វាមានភាពស៊ាំឆ្លងក្រុមនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។

- ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ភ្នាក់ងារ "ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំនាន់ទីពីរ" ថ្មី នៃក្រុមឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បច្ចុប្បន្ន សកម្មយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដែលបានប្រើយូរហើយនៅក្នុងក្រុមដូចគ្នា ឧ. ឱសថ Etravirine (NNRTI) និងអាស្រ័យលើភាពស៊ាំជាក់លាក់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱសថក្រុម PI មួយចំនួន នឹងសកម្មក្នុងការប្រឆាំងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងបរិបទដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ PI ផ្សេងទៀត។

- នៅពេលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន អនុសាសន៍ឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន ដូចជា ឱសថ DRV/r (បើមានភាពស៊ាំជាមួយក្រុម PI) និងឱសថ DTG (បើមានភាពស៊ាំជាមួយក្រុម integrase inhibitor) ត្រូវឱ្យអ្នកជំងឺលេបឱសថនេះ២ដង/ថ្ងៃ ជំនួសឱ្យការលេប១ដង/ថ្ងៃ ដើម្បីសម្រេចបាននូវកម្រិតឱសថក្នុងឈាមខ្ពស់ជាង ។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន រក្សាភាពសកម្មមិនពេញលេញ (ឧ. ឱសថក្នុង NRTIs និង PIs) ក្នុងរូមមន្តព្យាបាល ប៉ុន្តែឱសថខ្លះ (ឧ. ឱសថក្រុម NNRTI) មិនមាននៅរូបមន្តព្យាបាលទេ ។

- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ 3TC/FTC អាចបណ្តាលមកពីគុណវិបត្តិនៃ "សម្បទា" របស់មេរោគអេដស៍ ជាលទ្ធផលនាំឱ្យកម្រិតមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមទាប ដូច្នេះ ជាទូទៅ គេផ្តល់យោបល់ឱ្យបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី៣។

- ពិនិត្យមើលស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ប្រសិនបើតេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន ត្រូវរក្សាទុកឱសថ TDF នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ឬប្រសិនបើមិនអាចប្រើឱសថនេះបានទេ បណ្តាលមកពីការពុលនៃឱសថនេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថ 3TC និងតាមដានយ៉ាងដិតដល់អំពីការផ្ទុះឡើងជំងឺរលាកថ្លើម (ឱសថ Etravirine គឺជាឱសថមួយទៀតដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប៉ុន្តែវាគ្មានសកម្មភាពប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ) ដែលអាចយកប្រើជំនួសបាន ប៉ុន្តែ ឱសថនេះ មិនទាន់អាចរកបាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ) ។

- ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត ដែលត្រូវបានប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ នៅកម្ពុជារួមមាន-ឱសថ Darunavir/ritonavir(DRV/r) ឱសថ Etravirine (ETV) ឱសថ Raltegravir(RAL) និង ឱសថ Dolutegravir (DTG) ។

- ចំពោះអ្នកជំងឺមួយចំនួនដែលមានបទពិសោធន៍ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ដ៏មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ នៅមានជម្រើសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាច្រើនមុខទៀត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏មិនអាចឈានទៅសំរេចបាននូវការលប់បំបាត់ចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមជាអតិបរមាបានដែរ ដោយសារតែ មានភាពស៊ាំ និងការពុលឱសថ ។ ក្នុងករណីនេះ ត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាមួយរូបមន្តព្យាបាលដោយកាត់បន្ថយការពុលឱសថ និងបន្តធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និងពន្យាពេលលេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។

ជំងឺរបេង

ជំពូក ១៣. ជំងឺរបេង

១៣.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ប្រទេសកម្ពុជាមានបន្ទុកខ្ពស់នៃការបង្ករោគរបេងក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ។
- ជំងឺរបេង គឺជាមូលហេតុដ៏ចំបងនៃអត្រាឈឺនិងអត្រាស្លាប់ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺមេរោគអេដស៍។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានការបង្ករោគដោយមេរោគរបេងផង នឹងមានការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តន៍ទៅជា ជំងឺរបេងសកម្មពី ៣០ ទៅ ៥០% ពេញមួយជីវិត ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវតែទទួលបានការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង *រាល់ពេលមកពិគ្រោះជំងឺ* ។
- ត្រូវពិចារណានឹកគិតពីជំងឺរបេង នៅគ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដែលមានរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលមានជំងឺរបេងរួមគ្នាទំនងជាមានជំងឺគ្រុនក្តៅអូសបន្លាយ ក្អកតិចតួច ពិនិត្យ AFB កំហាកអវិជ្ជមាន និងការថតសួត(CXR) មានរូបភាពមិនធម្មតា (atypical) ជាងអ្នកជំងឺដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្មានជំងឺរបេងសកម្មទាំងអស់ ត្រូវទទួលបានការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយឱសថ Isoniazid (IPT) ។
- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ អំពីសារតារលម្អិត និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេង/អេដស៍ និង DR-TB ។[២០,២១]

១៣.២ សេចក្តីផ្តើម

- ជំងឺរបេង(TB) បង្កដោយបាក់តេរីឈ្មោះ *Mycobacterium tuberculosis (MTB)* ។
- ជំងឺរបេង **ឆ្លងតាម** ផ្លូវដង្ហើមដែលមានមេរោគរបេងក្នុងដំណក់ទឹកមាត់តូចៗក្អកចេញពី អ្នកជំងឺរបេងសួតសកម្ម (PTB) ។
- វាជាការសំខាន់ក្នុងការបែងចែក រវាង **ការបង្ករោគរបេង** តែឯកឯង (គ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក មិនចម្លងមេរោគរបេងទៅអ្នកដទៃទេ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៅពេលធ្វើតេស្ត TST ឬ តេស្ត Interferon តែប៉ុណ្ណោះ) និង **ជំងឺរបេងសកម្ម** ។
  - ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT) អាចបង្ការការវិវត្តន៍ពី ការបង្ករោគរបេងទៅជា ជំងឺរបេងសកម្ម។

---

[២០] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល។ គោលការណ៍ ណែនាំគ្លីនិក ថ្នាក់ជាតិសំរាប់គ្រប់គ្រងការឆ្លងរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍ (ភាសាអង់គ្លេសឆ្នាំ ២០០៨ មិនផ្លូវការ)និង ភាសាខ្មែរឆ្នាំ២០១៣។

[២១] គោលការណ៍ ណែនាំបច្ចេកទេស និងប្រតិបត្តិ សំរាប់គ្រប់គ្រងកម្មវិធី របេងស៊ាំថ្នាំនៅប្រទេសកម្ពុជា។

- **ជំងឺរបេង សកម្មភាពបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖**
    - **ជំងឺរបេងសួត (PTB)** អាចមាន លទ្ធផលពិនិត្យ *កំហាកវិជ្ជមាន* តាមរយៈការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ (ពេលមានការចម្លងរោគខ្លាំង) ឬ *កំហាកអវិជ្ជមាន* (លំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ) *ឬ*
    - **ជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB)** កើតឡើងស្ទើរគ្រប់សរីរៈនៃរាងកាយ ។

១៣.៣ ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- ជំងឺរបេង អាចបង្កឡើងដោយមេរោគរបេងដែលឆ្លើយតបនឹងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ឬមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង (DR-TB) ។
- ការចម្លងមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំ (DR-TB) គឺប្រព្រឹត្តទៅតាមខ្យល់ដង្ហើម ដូចគ្នានឹងការចម្លងមេរោគរបេងដែលឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំដែរ ដូច្នេះ អ្នកណាក៏អាចឆ្លងមេរោគរបេងដែលស៊ាំជាមួយថ្នាំជាបឋមដែរ (ជាពិសេស អ្នកដែលបានប៉ះពាល់នៅក្នុងបរិស្ថានថែទាំសុខភាព/មន្ទីរពិសោធន៍) ។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង (DR-TB) អាចកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលជំងឺពីមុន ដោយសារការប្រើរូបមន្តព្យាបាលមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬ ការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង (DR-TB) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ក្រោយពីការព្យាបាលបរាជ័យ ការលាប់ឡើងវិញ (relapse) និង ការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ល្អ ឬ ការជ្រាបចូលឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងមិនបានល្អ។

១៣.៣.១ ចំណាត់ថ្នាក់ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង (DR- TB)[២២]

- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថមួយមុខ: ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ តែមួយមុខគត់ ។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើនមុខ: ឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ លើសពីពីរមុខដែលស៊ាំជាមួយមេរោគរបេង ប៉ុន្តែមិនមែនឱសថ Isoniazid(H) និង Rifampicin (R) ដែលមានភាពស៊ាំជាមួយគ្នានោះទេ ។
- ភាពស៊ាំជាមួយពហុឱសថ (MDR-របេង): ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ H និង R ដោយមាន ឬគ្មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថផ្សេងទៀត ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (FLD)ទេ។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថទូលំទូលាយ (XDR-របេង): ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ H និង R និងស៊ាំជាមួយឱសថ fluoroquinolone ព្រមទាំងស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងណាមួយសម្រាប់ចាក់ (ដូចជា amikacin capreomycin និង kanamycin)។

---
[២២] គោលការណ៍ណែនាំ អំពីការព្យាបាលរបេង បោះពុម្ពផ្សាយលើកទី៤ របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ២០១០

១៣.៣.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- ការធ្វើតេស្ត DST រហ័ស: ឥឡូវតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ត្រូវបានប្រើសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង និងអាចរកឃើញភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចធ្វើបាននៅតាមបណ្ដាខេត្តជាច្រើនក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។
- ការធ្វើតេស្តរកឱសថណាដែលមានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងមេរោគរបេង (Drug Susceptibility Testing =DST) ដោយការបណ្ដុះមេរោគរបេង ដើម្បីបញ្ជាក់អំពី ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin និងការរកឃើញនូវភាពស៊ាំជាមួយឱសថផ្សេងទៀត ។

១៣.៣.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពស៊ាំឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

- បើមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង: ការព្យាបាលតាមស្តង់ដារទំនងជាធ្វើឱ្យភាពស៊ាំជាមួយឱសថកាន់តែអាក្រក់ឡើង។
- ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង តម្រូវឱ្យអូសបន្លាយការព្យាបាលជំងឺដោយប្រើឱសថច្រើនមុខ (multidrug) និងត្រូវមានវិធានការពិសេស សម្រាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ និង វិធានការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ ។[២៣]

១៣.៤ ជំងឺរបេងនៅកម្ពុជា

- បើយោងតាមអង្គការសុខភាពពិភពលោក សេចក្ដីសង្ខេបអំពីជំងឺរបេងនៅប្រទេសកម្ពុជាឆ្នាំ ២០១៣[២៤] មានដូចខាងក្រោម៖
  - ប្រទេសកម្ពុជា ជាប្រទេសមួយដែលមានបន្ទុកជំងឺរបេងខ្ពស់ គឺមាន ៦៤%នៃចំនួនប្រជាជនសរុបបានបង្ករោគរបេង (ប្រមាណជា ៨ លាននាក់) ប៉ាន់ប្រមាណថា មាន ៦១.០០០ ករណីជំងឺរបេងសកម្ម។
  - ការប៉ាន់ប្រមាណអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ជំងឺរបេងនៅប្រទេសកម្ពុជា: ៧១៥ នាក់ក្នុងចំណោមប្រជាជន ១០០.០០០ នាក់។
  - អត្រាភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងច្រើនមុខ ត្រូវបានគេប៉ាន់ប្រមាណថាមាន ១,៤%នៃករណីជំងឺរបេងថ្មី ហើយ ១១% នៃករណីដែលទទួលការព្យាបាលសារឡើងវិញ ។
  - លើសពី ១.២៤១ នៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថា មានជំងឺរបេងសកម្ម។
  - ការសិក្សានៅប្រទេសកម្ពុជា ២០០៧-២០០៩ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានអ្នកជំងឺរបេងចំនួន ២៣៦នាក់ បានរកឃើញថា មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេងណាមួយនៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ មាន ៣៩,៧% និង ៨,១% មានភាពស៊ាំជាមួយ

[២៣] គោលការណ៍ ណែនាំបច្ចេកទេស និងប្រតិបត្តិ សំរាប់គ្រប់គ្រងកម្មវិធី របេងស៊ាំថ្នាំនៅប្រទេសកម្ពុជា២០១៣

[២៤] ស្ថានភាពជំងឺរបេងនៅកម្ពុជារបាយការណ៍របស់អង្គការពិភពលោក ២០១០។ប្រភព: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=KH&outtype=html

ឱសថច្រើនមុខ (MDR-TB) នៃអ្នកជំងឺ។ សមាមាត្រនៃភាពស៊ាំជាមួយឱសថច្រើនមុខ (MDR-TB) នៃជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺថ្មី គឺមាន ៣,៧% និង ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់បាន ព្យាបាលជំងឺរបេងពីមុន គឺមាន ២៨,៩%[២៥] ។

១៣.៥ ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរបេង និងអេដស៍

- នៅទូទាំងពិភពលោក ជំងឺរបេងគឺជាមូលហេតុនាំមុខគេនៃការស្លាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ងាយស្រួលក្នុងការវិវត្តន៍ទៅជា ជំងឺរបេងសកម្ម ការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ការលាប់ឡើងវិញ និងការស្លាប់បណ្តាលមកពីជំងឺរបេង។
- បុគ្គលដែលគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងបានបង្ករោគរបេង មានហានិភ័យវិវត្តន៍ទៅជាជំងឺរបេងសកម្មពេញមួយជីវិតក្នុងអត្រាត្រឹមតែ៥-១០% ចំណែកឯ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍មានការវិវត្តន៍ក្នុងអត្រាចាប់ពី៣០-៥០% ឬប្រហែល ៥-៨% ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឆាប់រហ័ស នៅពេលដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ អាចបន្ថយហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជំងឺរបេងសកម្ម ។
- សូមអាន **គោលការណ៍ណែនាំនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជាតិនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាង ជំងឺរបេង/អេដស៍**[២៦] សម្រាប់ការយល់ដឹងពីទិដ្ឋភាពទូទៅ ។

១៣.៦ យុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅកម្ពុជា

យុទ្ធសាស្ត្រ3I's នៅកម្ពុជា[២៧] មានគោលបំណងកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍ តាមរយៈ៖

១. ការបង្កើនការស្រាវជ្រាវរកករណីជំងឺរបេង (ICF) ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងធ្វើការទំនាក់ទំនងគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺ ។

២. ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT) សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលគ្មាន ជំងឺរបេងសកម្ម។

---

[២៥] របេងស៊ាំថ្នាំ នៃ អ្នកជំងឺអេដស៍នៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកជាតិ រាជធានីភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា។ Genevieve Walls et al Glob Health Action 2015, 8: 25964http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25964

[២៦] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល។ គោលការណ៍ ណែនាំគ្លីនិក ថ្នាក់ជាតិសំរាប់គ្រប់គ្រងការបង្ករោគរួមគ្នាជំងឺរបេង/អេដស៍។ ភាសាអង់គ្លេសឆ្នាំ ២០០៨ និង ភាសាខ្មែរឆ្នាំ២០១៣: http://www.cenat.gov.kh/km/documents/guidelines-and-sops

[២៧] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជាក្រសួងសុខាភិបាល។ និយាមប្រតិបត្តិសំរាប់អនុវត្ត 3Is ក្នុងបរិបទ ការថែទាំបន្ត ឆ្នាំ២០១០។

៣. ការពង្រឹងវិធានការត្រួតពិនិត្យការឆ្លងមេរោគរបេង (IC) ត្រូវអនុវត្តវិធានការនេះនៅគ្រឹះស្ថានថែទាំ និងព្យាបាលបន្ត (CoC) ។

វិធីសាស្រ្តបន្ថែមក្នុងយុទ្ធសាស្រ្ត3I's នៅកម្ពុជាមាន៖

១. អ្នកជំងឺរបេងទាំងអស់ត្រូវធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីកត្តាប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវទទួលការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងសកម្ម នៅរៀងរាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ដូចខាងក្រោម៖
    - គ្រុនក្តៅ នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ។
    - ក្អក នៅពេលណាក៏ដោយ រយៈពេលយូរប៉ុន្មានក៏ដោយ។
    - បែកញើសពេលយប់ រយៈពេល ២សប្តាហ៍ ឬ លើសពីនេះ។
    - ស្រកទម្ងន់។
  - ➢ អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងសួត ឬ ជំងឺរបេងក្រៅសួត ក្រោយពេលពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក ត្រូវបានវាយតម្លៃជំងឺរបេងយ៉ាងឆាប់រហ័ស (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម) ។

២. គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ដែលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ក្រោយពេលពិនិត្យ (អវិជ្ជមាន) ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (IPT) ។ (សូមអានជំពូក ៦ ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និង ការវាយតម្លៃ ដើម្បីព្យាបាលបង្ការដោយ ឱសថ Isoniazid (IPT)។

៣. ការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគរបេង រួមមាន:

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលនៃជំងឺរបេងសកម្មឱ្យបានឆាប់ ។
- ដាក់អ្នកជំងឺដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងឱ្យនៅដាច់តែឯង ។
- ឱ្យអ្នកជំងឺពាក់ម៉ាស់ នៅពេលក្អក ។
- បង្កើនខ្យល់ចេញចូលជាអតិបរមា និងឱ្យមានពន្លឺថ្ងៃក្នុងបន្ទប់ ។

១៣.៧ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លិនិកនៃជំងឺរបេង លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

- ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍គឺ អាស្រ័យតាមដំណាក់កាលនៃជំងឺអេដស៍ ។
- ការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺរបេងសួត គឺជាករណីដែលគេដឹងថា នឹងមានការឆ្លងជំងឺរបេង ។

ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេង គឺមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាទៅនឹងបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍៖

- ក្អករ៉ាំរ៉ៃមិនឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំ antibiotics ក្រោយពីព្យាបាល ២- ៣ សប្តាហ៍
- ស្រកទម្ងន់ (ដោយអចេតនា)
- បែកញើសពេលយប់ (drenching)
- គ្រុនក្តៅ
- មិនឃ្លានអាហារ ចុះខ្សោយ អស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ
- ឈឺទ្រូង និងក្អកធ្លាក់ឈាម (haemoptysis)។

ចំនួនកោសិកា CD4 ថយចុះនាំឱ្យ៖

១. ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរបេងសួត មានភាពមិនជាក់លាក់៖

- ភាពអស់កម្លាំងជាទូទៅ និងភាពទន់ខ្សោយល្ហិតល្ហៃ
- ស្រកទម្ងន់ខ្លាំង (ឧ. > ១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន ធៀបនឹងទម្ងន់ដែលថ្លឹង នៅពេលដើមគ្រា)
- ក្អកតិចតួច អាចមានក្អកស្ងួត និង ពិបាកដកដង្ហើម
- ភាពស្លេកស្លាំង (Anaemia)
- ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ មិនសូវច្បាស់ ។

២. អត្រាជំងឺរបេងក្រៅសួត កើនឡើងកាន់តែខ្ពស់ ទោះបីជា ជំងឺរបេងសួតត្រូវបានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ក៏ដោយ ។ សូមមើល តារាងទី១៣ -១ លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់។

១៣.៨ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត លើអ្នកផ្ទុកមេរោគមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀត សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិអំពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍ និងមើលគំនូសបំព្រួញក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ៩៦ជំងឺរបេងៈ គំនូសបំព្រួញអំពីជំងឺរបេង/អេដស៍ ។

១៣.៨.១ ជំងឺរបេងសួត

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ:

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលសង្ស័យថា មានជំងឺរបេង ក្រោយពីបានធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងជាប្រចាំ តម្រូវឱ្យធ្វើ៖

- ការពិនិត្យកំហាក និង
- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ។

ការពិនិត្យកំហាក

១. វត្ថុវិភាគកំហាក ត្រូវបានពិនិត្យដោយតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF គឺជាការវិភាគរហ័សក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួត និងវាយតម្លៃកំហាក សម្រាប់រក

ភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ។ តេស្ត GeneXpert MTB/RIF មានភាពប្រែប្រួល (Sensitivity) ខ្ពស់ជាងការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងជាទូទៅប្រហែល ៩០% Sensitivity បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការបណ្តុះមេរោគ ។

តេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចធ្វើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្ត/ក្រុងភាគច្រើននៅកម្ពុជា និងត្រូវបានពង្រីកទៅកាន់តំបន់ផ្សេងទៀត ។ នៅថ្នាក់ស្រុក សំណាកត្រូវបានប្រមូល និងដឹកជញ្ជូនភ្លាមទៅកន្លែងដែលអាចធ្វើតេស្តបានក្នុងកំឡុងពេល១២-២៤ម៉ោង ក្រោយពីការប្រមូលសំណាកទាំងនោះ ។ សំណុំបែបបទស្នើរសុំធ្វើតេស្ត ត្រូវសរសេរលេខទូរស័ព្ទមន្ទីរពិសោធន៍ ដើម្បីងាយស្រួលសាកសួរពីលទ្ធផលតេស្ត ។

- បើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមាន ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកពេទ្យវិញ និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាម ដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ។
- បើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមាន បានបញ្ជាក់ថា មានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ត្រូវហៅអ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកពេទ្យវិញ ដោយស្រង់យកសំណាកកំហាកចំនួន ៣ (សំណាកកំហាក១ សម្រាប់ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និង សំណាកកំហាក២ទៀត សម្រាប់យកទៅបណ្តុះមេរោគ) និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ភ្លាម។ នៅពេលដែលមេរោគរបេងដុះក្រោយពីការបណ្តុះ ត្រូវបញ្ជូនបន្តទៅ CENAT សម្រាប់ធ្វើតេស្ត DST បញ្ជាក់នៃភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin និង ដើម្បីពិនិត្យមើលភាពស៊ាំជាមួយឱសថផ្សេងទៀត។

២. បើគ្មានតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ទេ ត្រូវពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍លើសំណាកកំហាកទាំង៣នេះ ។

ការបណ្តុះមេរោគ Mycobacterial អាចធ្វើបាននៅ CENAT ភ្នំពេញនិងនៅមន្ទីរពិសោធន៍នៅខេត្តបាត់ដំបង និងខេត្តកំពង់ចាម ។ លទ្ធផលនៃការបណ្តុះ MTB ត្រូវការរយៈពេលពី៦ ទៅ៨សប្តាហ៍។

- ការបណ្តុះមេរោគរបេង ត្រូវតែអនុវត្តនៅពេលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin ដែលបានបញ្ជាក់ដោយតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ។
- ការបណ្តុះមេរោគរបេង គឺមានប្រយោជន៍លើករណីលទ្ធផលតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ឬពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន (ជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត) ជាពិសេសក្នុងករណីមាន ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ដែលជាញឹកញាក់មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់ ។

- **ការបណ្តុះមេរោគរបេង វិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ជូនបន្តទៅ CENAT សម្រាប់ធ្វើតេស្ត (DST)** ក្នុងករណីលាប់ជំងឺរបេង ឬ ការព្យាបាលបរាជ័យ ឬករណីសង្ស័យផ្សេងទៀតនៃភាពស៊ាំជាមួយឱសថ រួមទាំង គ្រប់ករណីតេស្ត GeneXpert MTB/RIF វិជ្ជមានទាំងអស់ដែលមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ Rifampicin។

ការថតសួតបានបង្ហាញ៖ ជំងឺរបេងសួត អាស្រ័យទៅតាមកម្រិតនៃការថយចុះនៃភាពស៊ាំ៖

- បើចំនួនកោសិកា CD4 >៥០០កោសិកា/មម³: របេង cavitary ធម្មតា ឬនៅ upper lobe consolidation ។
- ចំនួនកោសិកា CD4 <២០០កោសិកា/មម³: កាថតសួតដោយកាំរស្មី X បានបង្ហាញ រូបភាពមិនធម្មតា (atypical) ត្រូវបានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ រួមមាន រូបភាពស្ទើរធម្មតា ការជ្រៀតចូលសងខាង ឬនៅ lower lobar infiltrates នៃសួត មាន lymphadenopathy mediastinal, ឡើងខ្ទុះនៅសួត មានInterstitial nodules ។ល។

ការធ្វើរោគវនិច្ឆ័យបែងចែក

- សូមមើល តារាងទី១៥-១ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ។

បើការពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន

- ប្រសិនបើ ការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការថតសួតដោយកាំរស្មី X គឺមានភាពស្របគ្នាថាមានជំងឺរបេង ត្រូវបញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង និងត្រូវតាមដានយ៉ាងដឹតដល់ (តាមដានរោគសញ្ញា ពិន្ទុ Karnofsky ទម្ងន់ Hb) ។
- ឬ បើសង្ស័យថា មានការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថ antibiotics (amoxycillin ១ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ ឬ ប្រសិនបើមាន allergy ត្រូវប្រើ Erythromycin ៥០០ម.ក្រ លេប៤ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ ត្រូវវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង/ឬ ថតសួតដោយកាំរស្មី X និង/ឬ ធ្វើតេស្ត AFBs ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលដោយឱសថ antibiotics ។

១៣.៤.២ ជំងឺរបេងក្រៅសួត

ជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB) កើតមានជាញឹកញាប់ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ច្រើនជាងអ្នកដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។ ប្រហែលជា ៥០% នៃករណីជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺជាជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលមានកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/មម³ បើប្រៀបធៀបនឹង អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 > ២០០កោសិកា/មម³ គឺមានត្រឹមតែ ២០%។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវនិច្ឆ័យ

ភាគច្រើននៃជំងឺរបេងក្រៅសួត បានបង្ហាញពី ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរតែម្ខាង (unilateral lymphadenopathy) ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា ជំងឺរបេងក្រៅសួត អាចត្រូវបានរកឃើញនៅក្នុងសរីរាង្គជាច្រើន និងបង្ហាញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកជាច្រើនសណ្ឋាន ដូចជា៖

- បូសនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ឬជំងឺរលាកស្រោមខួរ
- ជំងឺរបេងឆ្អឹងខ្នង (ជំងឺ Potts) ហើមសន្លាក់ ឬឆ្អឹងផ្សេងទៀត ឬឆ្អឹងខូចទ្រង់ទ្រាយ
- ទឹក Serositis (ទឹកស្រោមសួត ទឹកស្រោមបេះដូង និង/ឬទឹកស្រោមពោះ)

- ដុំពោះ ឬ ទាចទឹក(ascites)
- រលាកថ្លើម ឬរលាកពោះវៀន (enteritis)
- របេងតម្រងនោម ការស្ទះបង្ហូរនោម ឬតម្រងនោមរីកធំ
- ដំបៅនៅលើស្បែក
- របេងសាយភាយ (ជំងឺរបេង miliary) ។

សូមមើល តារាងទី១៣-១ លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់នៃជំងឺរបេងក្រៅសួត (EPTB) ជាមួយនឹងការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន ឬ ការបណ្តុះមេរោគរបេងសម្រាប់រក MTB ជាញឹកញាប់គឺ មានការពិបាក។ ការធ្វើតេស្តដោយ ប្រឡាក់ទឹកអាស៊ីតលឿន (Acid-fast stains) លើសំណាកបានមកពី ទឹកស្រោមសួត ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងទឹកសន្លាក់ ជាធម្មតាមាន លទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងទាមទារឱ្យមានការបណ្តុះមេរោគ ។ ការធ្វើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF អាចត្រូវបានអនុវត្តលើគ្រប់សំណាកទាំងអស់ លើកលែងតែសំណាកឈាម ទឹកនោម និងលាមក ។

តារាងទី១៣-១ លក្ខណៈរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលជួបប្រទះញឹកញាប់

(Adapted from the National Clinical Guideline for the management of HIV/TB Co-infection)

ជំងឺរបេងក្រៅសួត	ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង	ជំងឺរបេងកណ្តុរ Lymph Node (LN) (peripheral និងនៅពោះ)	ជំងឺរបេង Miliary (disseminated)	ជំងឺរបេងឆ្អឹង និងសន្លាក់ និងខួរឆ្អឹងខ្នង	ជំងឺរបេងនៅ seous effuions
រោគសញ្ញាគ្លីនិក	• គ្រុនក្តៅ បែកញើស malaise ++ • ឈឺក្បាលខ្លាំងបន្តិចម្តងៗ • វង្វេងស្មារតី • ថយចុះ consciousness, ប្រកាច់ • +/- រឹងក • Focal neurological deficits ឧ. Cranial nerve palsy។	• ឡើងកូនកណ្តុរ≥ ១ នៅក ក្លៀក ឬក្រលៀន (> ២ cm) មិនឈឺ discrete firm ឬ fluctuant nodes matted together • +/- រលាត់ស្បែក បូសហូរចេញទឹករងៃរាំរ៉ៃ • +/- គ្រុនក្តៅ បែកញើស malise	• គ្រុនក្តៅ បែកញើស malaise +++ • ថ្លើម អណ្តើករីកធំ • ឡើងកណ្តុរច្រើនកន្លែង • Choroidal tubercles ពេលពិនិត្យដោយ funduscopic ។	• ឆ្អឹងខ្នង: ឈឺនៅកន្លែង ប្រែប្រួលរូបរាង +/- neurological deficits • សន្លាក់: ហើមសន្លាក់ចង្កេះ/ក្បាលជង្គង់/ស្មា មិនសូវឈឺចាប់ខ្លាំងទេ • +/- គ្រុនក្តៅ បែកញើស malaise	• គ្រុនក្តៅ បែកញើស malaise • *Local features:* • សួត (ឈឺទ្រូង ហត់ ដកដង្ហើមខ្លី) • ពោះ (ឈឺពោះ ហើមពោះ) • Pericardial (ឈឺទ្រូង និងផ្នែកខាងឆ្វេង (ហត់) និងថតបេះដូង ខាងស្តាំចុះខ្សោយ(right ventricular failure) ហើយនៅជើងនិងដៃ (peripheral oedema)។
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	• បូមទឹកឆ្អឹងខ្នង • បើសញ្ញាគ្លីនិក ↑ នៃសម្ពាធខួរក្បាល (papilledema, ↓ consciousness)ការបូម LP មានគ្រោះថ្នាក់ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាល និងបូម LP ក្រោយពេលរោគសញ្ញាបានប្រសើរឡើង។	• បូមទឹកឆ្អឹងខ្នងដោយម្ជុល បើ node មានសភាពទន់ខ្វោកៗ។ • ការពិនិត្យអេកូ (itra-abdominal lmph nodes)	• ថតសួត X-ray • បណ្តុះមេរោគ Mycobacterial ក្នុងឈាម (បើអាចធ្វើបាន)	• ថតសួត X-ray • ច្រិបយកជាលិកាទៅពិនិត្យ (Tissue biopsy)	• Physical examination • ថតសួត X-ray • ពិនិត្យអេកូ • Echocardiogram • បូមទឹក (Aspirate effusion)

លទ្ធផល	• បើសម្ពាធ CSF ↑ • CSF mild ↑ គោលិកាស, សំបូរណ៍ដោយពួក lymphocytes • កម្រិត Protein ↑ • Glucose ↓ • ការពិនិត្យកំហាកដោយ AFB កំរិជ្ជមាន ធ្វើតេស្ត • GeneXpert។	• ជាលិកាមានសភាពដូចដុំឈីស(Caseation) • ការធ្វើតេស្ត AFB អាចមើលឃើញ • ធ្វើតេស្តGeneXpet	• ថតសួត X-ray • diffuse, small milliary shadows • CBC +/- pancytopenia • តេស្តមុខងារថ្លើម +/- មិនធម្មតា • ពិនិត្យកំហាក BK+, CSF ឬ bone marrow aspirate may be +ve (តេស្ត GeneXpert មិនអាចពិនិត្យសំណាកឈាមទេ)។	• តេស្ត AFB អាចមើលឃើញ • ប្រតិកម្ម Granulomatous អាចឃើញពេលវិភាគជាលិកាសាស្ត្រ។	• ថតសួត X-ray- pleural effusion, ឬ large globular heart shadow • អេកូ: ascites និង intra-abdominal LN • ច្រឹបសាច់សួត: BK+ និង /ឬ granulomas • បូមទឹក: ជាទូទៅ BK - • បណ្ដុះមេរោគរបេង (៤-៦ សប្តាហ៍) • Exudate: Protein > ៣០g/l (if aspirate clots exudate likely)

១៣.៩ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរបេងសួត និងជំងឺរបេងក្រៅសួត

ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង

- គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវបានព្យាបាលស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តង់ដាក្នុងប្រទេសកម្ពុជា[២៨] ។
- ពិនិត្យមើល**សក្តានុភាពនៃអន្តរកម្មឱសថ** ជាមួយឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង (ជាពិសេសឱសថ Rifampicin ឧ. Warfarin (តម្រូវឱ្យ ↑កម្រិតដូសថ្នាំ) ឱសថពន្យារកំណើត (↓ ប្រសិទ្ធភាព), ឱសថ fluconazole (↓កម្រិត) និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួន[២៩] ។
- បន្ថែមឱសថ **Pyridoxine** (វីតាមីន B_6) ៥០ ម.ក្រ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីបន្ថយហានិភ័យជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង។
- ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង: បន្ថែមឱសថ prednisolone ៦០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកបន្ថយកម្រិតដូសបន្តិចម្តងៗ រយៈពេលជាង ២សប្តាហ៍ ។
- កម្រិតដូសខ្ពស់/អូសបន្លាយរយៈពេលព្យាបាលនៃឱសថ steroid រួមផ្សំជាមួយភាពស៊ាំចុះខ្សោយបង្កដោយមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យបង្កើនហានិភ័យនៃការបង្ករោគដោយ strongyloidiasis សាយភាព និង septic shock ដូច្នេះ ត្រូវការព្យាបាលរួមជាមួយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបនៅពេលបរិភោគអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់ រាល់១២ម៉ោង/ម្តង x ៧ថ្ងៃ ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្តើម**ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole** ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។

ការពិនិត្យរោគសញ្ញាជំងឺអេដស៍: ធ្វើតេស្ត VL និងតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានជំងឺរបេង ត្រូវធ្វើតេស្ត VL និងតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវពី ភាពបរាជ័យផ្នែកភាពស៊ាំ និង ផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ។
- កែតម្រូវដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO (ជំងឺរបេងសួតលើមនុស្សពេញវ័យ គឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ រីឯ ជំងឺរបេងក្រៅសួតគឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤) ។

ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានជំងឺរបេង ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ស្របតាមកម្មវិធីដែលបានរៀបរាប់

---

[២៨] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល និយាមបែបបទសំរាប់របបថ្នាំព្យាបាល ជំងឺរបេង ។ CENAT ឆ្នាំ២០១១ និងគោលការណ៍ណែនាំបច្ចេកទេស និងប្រតិបត្តិ សំរាប់គ្រប់គ្រងកម្មវិធី របេងស៊ាំថ្នាំនៅប្រទេសកម្ពុជា២០១៣។

[២៩] www.hivdruginteractions.org

នៅក្នុងតារាងទី៨-៣ពេលវេលានៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍នៅពេលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ។

- ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង ស្របតាមតារាងទី ១៣ -៣ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង។

ការតាមដាន

- រោគសញ្ញាគ្លីនិក- ក្អក បែកញើស ចង់ហូបអាហារ កម្រិតថាមពល ទម្ងន់ ។
- កំហាក (ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍) នៅខែទី២ និងខែទី៥ និងនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង (PTP) ។
- តាមដានផលប៉ះពាល់នៃរូបមន្តព្យាបាលជំងឺរបេង និងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺ អេដស៍ ។

ប្រសិនបើ មិនមានភាពប្រសើរឡើងក្រោយការព្យាបាលជំងឺរបេង៖

- ការពិនិត្យអតិសុខុមទស្សន៍ម្តងទៀត (មិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត GeneXpert MTB/RIF ទេ) បណ្តុះមេរោគរបេង ធ្វើតេស្ត DST និងពិចារណាអំពី:
  - ការលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ល្អ ការជ្រៀបចូលនៃថ្នាំមិនបានល្អ (malabsorption) ។
  - ភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ។
  - មាន Paradoxical IRIS (សូមអាន ជំពូក ៩. ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ (IRIS)។
  - ការបង្ករោគផ្សេងទៀត ជំងឺមហារីក និងជំងឺខ្សោយបេះដូង (cardiac failure) (សូមមើលតារាងទី ១៤- ១ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ។
  - ឱសថបង្កឱ្យមានផលលំបាក ។
- ជំងឺរបេងក្រៅសួតនៅគ្រប់ទម្រង់ជំងឺរបេងទាំងអស់ លើកលែងតែជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថក្នុងកាតេកូរីទី១ ដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងសួតដែរ (២RHZE/៤RH) ។ ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង តម្រូវឱ្យព្យាបាលដោយរូបមន្តនៃឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងខុសគ្នាបន្តិច ។ សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិនៃជំងឺរបេង ។

១៣.៩.១ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង រួមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី១៣ -២ ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលរបេងរួមជាមួយការព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់	ឱសថ ARV	ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង
ចង្អោរ	AZT; PIs	Pyrazinamide
ជំងឺរលាកថ្លើម	NVP; EFV; PIs	Pyrazinamide, Rifampicin, INH
ជំងឺ Peripheral neuropathy	d4T; ddI	INH
ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក	NVP; EFV	Rifampicin; INH; Pyrazinamide

១៣.៩.២ ជំងឺរបេង– អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី១៣ -៣ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង[៣០]

ឱសថ	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថ fluconazole
ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង: រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ និងទី២	
Ethambutol	គ្មានអន្តរកម្ម
Isoniazid	គ្មានអន្តរកម្ម
Pyrazinamide	DDI អាចបង្កើនកម្រិត ↑PYR មិនចាំបាច់កែតម្រូវកម្រិតដូស និងតាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (SE)
Rifampicin	AZT: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ចៀសវាងប្រើបើមានជម្រើស Dolutegravir: ចៀសវាង ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Abacavir: slight ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Nevirapine : contraindicated នាំឱ្យ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Efavirenz :↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម មិនត្រូវបន្ថយកម្រិតដូសឱសថ EFV ទៅ៤០០មក្រទេ Atazanavir /r: contraindicated នាំឱ្យ ↓↓កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម Lopinavir/r : ↓↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ប្រើឱសថកម្រិតដូសខ្ពស់ LPV/r ៨០០ម.ក្រ/៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ឬ LPV/r ៨០០ម.ក្រ/២០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ ប៉ុន្តែវាមានហានិភ័យនៃភាពពុលខ្ពស់ Fluconazole: ↓ កំហាប់ឱសថក្នុងឈាម ។
Streptomycin	TDF: តាមដានមុខងារតម្រងនោមឱ្យជិតដល់
Capreomycin,	TDF: តាមដានមុខងារតម្រងនោម។ ឱសថ DTV អាច ↑ Capreomycin កំហាប់ក្នុងឈាម ddi និង 3TC: Capreomycin និង 3TC និង DDI កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមអាច ↑ PI និង NNRTI គ្មានបញ្ហា ។
Ethionamide,	គ្មានអន្តរកម្ម
Levofloxacin	ប្រយ័ត្នពេលប្រើ ATZ + LPV ដោយឱសថទាំងពីរនេះអាច ↑ QT interval, 3TC កំហាប់ឱសថក្នុងឈាមអាច ↑ ។
Moxifloxacin	ATZ, LPV និង Moxi all can ↑ QT interval levels
Cycloserine	គ្មានអន្តរកម្មឱសថ
Kanamycin	ឱសថ Kanamycin និង TDF នាំឱ្យពុលតម្រងនោម (nephrotoxic) ។ តាមដានមុខងារតម្រងនោម អាចតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូស ឱសថ 3TC ។
Clarithromycin	AZT កំហាប់ក្នុងឈាម ↓ ប្រើប្រាស់ឃ្លាតគ្នា២ ម៉ោង NNRTI: កម្រិត Clarithromycin ↓ PI: ការកែសម្រួលកម្រិតដូសអាស្រ័យតាមកម្រិតដូសឱសថ និងមុខងារតម្រងនោម ។

[៣០] http://www.hiv-druginteractions.org/

ជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម

ជំពូក ១៤. ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម

- ទាំងការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើ(ឧ.រលាកច្រមុះ=sinusitis) និងផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងក្រោម កើតមានញឹកញាប់ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ។
- ជាទូទៅ មានការបង្ករោគជាច្រើន អាចកើតឡើងក្នុងពេលតែមួយ ។

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក:

ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក តម្រូវឱ្យស្រង់ប្រវត្តិជំងឺពេញលេញ រួមទាំង កត្តាប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគរបេង រយៈពេលនៃការចាប់ផ្តើម ពេលវេលាវិវត្តន៍ទៅលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការពិនិត្យរាងកាយពេញលេញ ។

សូមអានឯកសារខាងក្រោម:

- តារាងទី១៤-១ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម ដើម្បីយល់ដឹងពីគោលការណ៍ណែនាំ អំពីរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់។
- រូបភាពទី១៥ -១ គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម
- ជំពូកទី១៥ ជំងឺ Pneumocystis Pneumonia (PCP)
- ជំពូកទី១៣. ជំងឺរបេងសួត

១. រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺផ្លូវដង្ហើមធ្ងន់ធ្ងរ

វាជាការសំខាន់ក្នុងការដឹងពីអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកសួតធ្ងន់ធ្ងរនិងត្រូវបញ្ជូនគាត់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ:

- អត្រាសង្វាក់ដង្ហើម > ៣០ដង/នាទី
- មិនដកដង្ហើមនៅពេលសំរាក ឬ ពេលនិយាយ
- ប្រើប្រាស់សាច់ដុំផ្លូវដង្ហើមខ្លាំង
- ឡើងស្វាយ (Cyanosis)
- ឡេះឡះ ឬ វង្វេងស្មារតី ។

២. ការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិករកជំងឺរបេង

- ប្រសិនបើមាន គ្រុនក្តៅ ក្អក បែកញើសពេលយប់ ឬស្រកទម្ងន់ → យកកំហាកទៅធ្វើតេស្ត Gene/Xpert (ឬពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ ប្រសិនបើគ្មានតេស្ត Gene/Xpert) និងថតសួតដោយកាំរស្មី X ។

- ពិចារណា អំពីការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង ប្រសិនបើមានការសង្ស័យខ្ពស់ថា ជំងឺរបេង ទោះ បីជាលទ្ធផលនៃការពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ក៏ដោយ (តេស្ត GeneXpert មិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេងសួតបាន ក្នុងកម្រិត១០%) ។

៣. ពិចារណាពីជំងឺ Pneumocystis Pneumonia (សូមអានផ្នែកបន្ទាប់) ។

៤. ទំនងជាមានការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនច្បាស់លាស់ គួរព្យាបាលសាកល្បងការបង្ករោគដោយបាក់តេរីដោយប្រើឱសថ antibiotics និងតាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាល៖

- ឱសថ Amoxacillin ១ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ ឬ ឱសថ doxycycline ១០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬឱសថ erythromycin ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ឬ ឱសថ cefixime ៤០០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១សប្តាហ៍ ។

តារាងទី១៤-១ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែកនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកតាមផ្លូវដង្ហើម

រោគវិនិច្ឆ័យ	**សញ្ញាគ្លីនិក**	**ការថតសួតដោយកាំរស្មី X**	**ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល**
ការបង្ករោគ			
១. ជំងឺរបេងសួត (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ចាប់ផ្តើមបន្តិចម្តងៗ, ក្អក +/- មានកំហាក បែកញើសយប់ +/- ឈឺចាប់	Lobar consolidation, Cavitation (តំបន់ខាងលើ) ទឹកស្រោមសួត (Pleural effusion) lymphadenopathy	សូមអានជំពូកទី.១៣
២. Bacterial pneumonia (ជំងឺរលាកសួតបង្កដោយបាក់តេរី) (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ជាទូទៅរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ គ្រុនក្តៅ ក្អក +/- មានកំហាក +/- ឈឺចាប់ ឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ antibiotic។	Lobar consolidation with air/bronchogram ឬ patchy interstitial change	**Danger signs → បញ្ជូនទៅសំរាកពេទ្យ** ការពិគ្រោះជំងឺក្រៅ: Amoxyl ១g លេបរាល់៨ម៉ោងម្តងឬ erythromycin ៥០០mg លេបរាល់៦ ម៉ោង/ម្តង សំរាកពេទ្យ: IVI penicillin/ampicillin ឬ IVI ceftriaxone
៣. ជំងឺ PCP (*Pneumocystis jiroveci* pneumonia) (CD4 < ២០០)	ជាទូទៅរោគសញ្ញាមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ភាគច្រើនពិបាកដកដង្ហើម ក្អក គ្មានកំហាក	Bilateral diffuse interstitial "ground glass" shadowing Pneumothorax No air bronchograms	សូមអានជំពូកទី.១៥

៤. ការបង្ករោគដែលមិនសូវជួបប្រទះ	រោគផ្សិត (ឧ. Cryptococcus, penicilliosis), MAC, Nocardia	ប្រែប្រួល	ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុមជីវសាស្ត្រ (Guided by microbiology)
៥. បូសសួត (ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ)	ក្អកមានកំហាកដែលមានខ្ទុះច្រើន ដង្ហើមស្អុយខ្លាំង consolidation with cavitation with fluid level on CXR	Focal change with air fluid level visible	ការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុម ជីវសាស្ត្រ ឬ Amoxacillin /clavulanate ១ x ២ដង/ថ្ងៃ ឬ clindamycin ៤៥០ម.ក្រ ៣ដង /ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ – ៤សប្តាហ៍។
៦. ជំងឺស្វះទងសួត (Bronchiectasis)	កំហាកមានខ្ទុះច្រើន	Thickened bronchial tree នៅដំបន់ផ្អែកខាងក្រោម។	ការព្យាបាលខ្លាំងក្លា និងការប្រើប្រាស់ឱសថផ្អែកលើការសិក្សាអតិសុខុមជីវសាស្ត្រ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែកជាមួយ ជំងឺសួតដែលមិនមែនបង្ករោគ	
ជំងឺមហារីកសួត (lung cancer)	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី, វ័យចាស់)
ខ្សោយបេះដូងដោយស្វះសរសៃឈាម (Congestive cardiac failure)	ថប់ដង្ហើម, orthopnoea, ថប់ដង្ហើម ពេលយប់, ក្អកឈាម, ហើម, ចុកខាងលើចុងដង្ហើម ដោយសារចុកច្រើម។ O/E lung crackles, gallop rhythm, ហើម
ជំងឺប្រតិកម្មតាមផ្លូវដង្ហើម (asthma)	ពាំរ៉ៃ, រោគសញ្ញាម្តងម្កាល; ដេកស្រមុកលឺពេលដកដង្ហើមចេញ (expiratory wheezes); រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតឡើង។
ជំងឺស្វះផ្លូវដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)	កត្តាប្រឈមមុខ (ជក់បារី); រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ ។

ជំពូក ១៥. ជំងឺ Pneumocystis pneumonia (PCP)

បង្កដោយមេរោគ Pneumocystis jiroveci (ពីមុនហៅថា *Pneumocystis carinii)* គឺជាជំងឺរលាកសួតបង្ករោគជាញឹកញាប់ដោយពពួកផ្សិត ហើយកើតឡើងលើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានកោសិកា CD4 <២០០ កោសិកា/មម³។ ជំងឺ PJP ត្រូវបានចាត់ថា ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលទី៤ នៃWHO ។
ជំងឺ PCP អាចកើតឡើងរួមគ្នា ជាមួយការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត រួមទាំង ជំងឺរបេង។
ការបង្ការ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ និងផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញា: មិនសូវស្រួចស្រាវ (១–២សប្តាហ៍) ពិបាកដកដង្ហើម (ហត់ដង្ហក់) ចាប់ផ្តើមរួមជាមួយ ការពិបាកដកដង្ហើមចេញ និងបន្ទាប់មក ពិបាកដង្ហើមពេលសំរាក ក្អកគ្មានកំហាក មាន/គ្មានគ្រុនក្តៅ ។
ការពិនិត្យ: ដង្ហើមដើរញាប់ (tachypnoea) សួតអាចថ្លា ឬមានសម្លេង crepitation ស្រួយ មាន/គ្មានឡើងស្វាយ (cyanosis) ថយចុះកម្រិត %O_2 ។

ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការថតសួតដោយកាំរស្មី X: ជាញឹកញាប់មិនបង្ហាញរូបភាពជាក់លាក់ មាន/គ្មានការប្រែប្រួល widespread interstitial "ground glass"ម្តងម្កាលមានខ្យល់ក្នុងទ្រូង (pneumothorax ។ ពិនិត្យស្រាវ ជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេងៗនៃការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើម ឧ.ជំងឺរបេង (cavity, adenopathy, និង effusion) ជំងឺរលាកសួតបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី (focal consolidation, effusion) ។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត–ការឆ្លុះទងសួត (bronchoscopy) និងការបូមទឹកក្នុងសួត (lavage) ការធ្វើតេស្តអមគ្លីនិក៖ ធ្វើតេស្ត PCR និងតេស្ត silver stain ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ឱសថ Cotrimoxazole ១៥-២០ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ បែងចែកជា ៣–៤ កម្រិតដូស/ថ្ងៃ រយៈពេល២១ថ្ងៃ ។
- រក្សាជាតិទឹកក្នុងខ្លួនឱ្យបានល្អ (ចៀសវាងការចុះខ្សោយតម្រងនោម នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ cotrimoxazole ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់) ។
- បន្ថែម folic acid ៥ ម.ក្រ/ថ្ងៃ (cotrimoxazole ធ្វើឱ្យថយចុះ folic acid ក្នុងរាងកាយ) ។

តារាងទី១៥-១ កម្រិតដូសឱសថ *cotrimoxazole* ផ្អែកតាមទម្ងន់អ្នកជំងឺក្នុងការព្យាបាលជំងឺ *PCP*

ទម្ងន់	កម្រិតដូសសរុប TMP១៥–២០ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ[៣១]	កម្រិតដូស DS (TMP ១៦០/SMX ៨០០ម.ក្រ) បែងចែកជា ៣ ឬ៤ដង/ថ្ងៃ
៣០-៤០ គ.ក្រ	៤៥០–៨០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ២ដង/ថ្ងៃ
៤០-៥០ គ.ក្រ	៦០០–១០០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ពេលព្រឹក ១គ្រាប់ DS ពេលថ្ងៃត្រង់ ២គ្រាប់ DS ពេលរសៀល ឬ ២គ្រាប់ DS ៣ដង/ថ្ងៃ
៥០-៦០ គ.ក្រ	៧៥០–១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ៣ដង/ថ្ងៃ
>៦០ គ.ក្រ	៩០០-១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ	២គ្រាប់ DS ៣-៤ដង/ថ្ងៃ ។

បើមានកង្វះអុកស៊ីស្សែន (hypoxemia) រួមជាមួយរោគសញ្ញាស្ទះផ្លូវដង្ហើម ឬឡើងស្វាយ ត្រូវបន្ថែមៈ

- Prednisolone: ៤០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ x ៥ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ៤០ម.ក្រ ១ដង/ថ្ងៃ x ៥ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២០ ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ x ១១ថ្ងៃ ។
- ការព្យាបាលដោយក្រុមឱសថ steroids ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ និងរយៈពេលយូរ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយ នាំឱ្យប្រឈមមុខនឹង ការកើតជំងឺ disseminated strongyloidiasis និងលេចឡើងនូវ septic shock ត្រូវការព្យាបាលសាកល្បងដោយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបពេលហូបអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់ រៀងរាល់ ១២ ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល៧ថ្ងៃ[៣២] ។

ការព្យាបាលជម្រើសផ្សេងទៀត

- Trimethoprim ៣០០ ម.ក្រ /ថ្ងៃ + dapsone ១០០ ម.ក្រ /ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ ឬ
- Clindamycin ៦០០ ម.ក្រ លេប៤ដង/ថ្ងៃ + primaquine ១៥-៣០ ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២១ថ្ងៃ ។

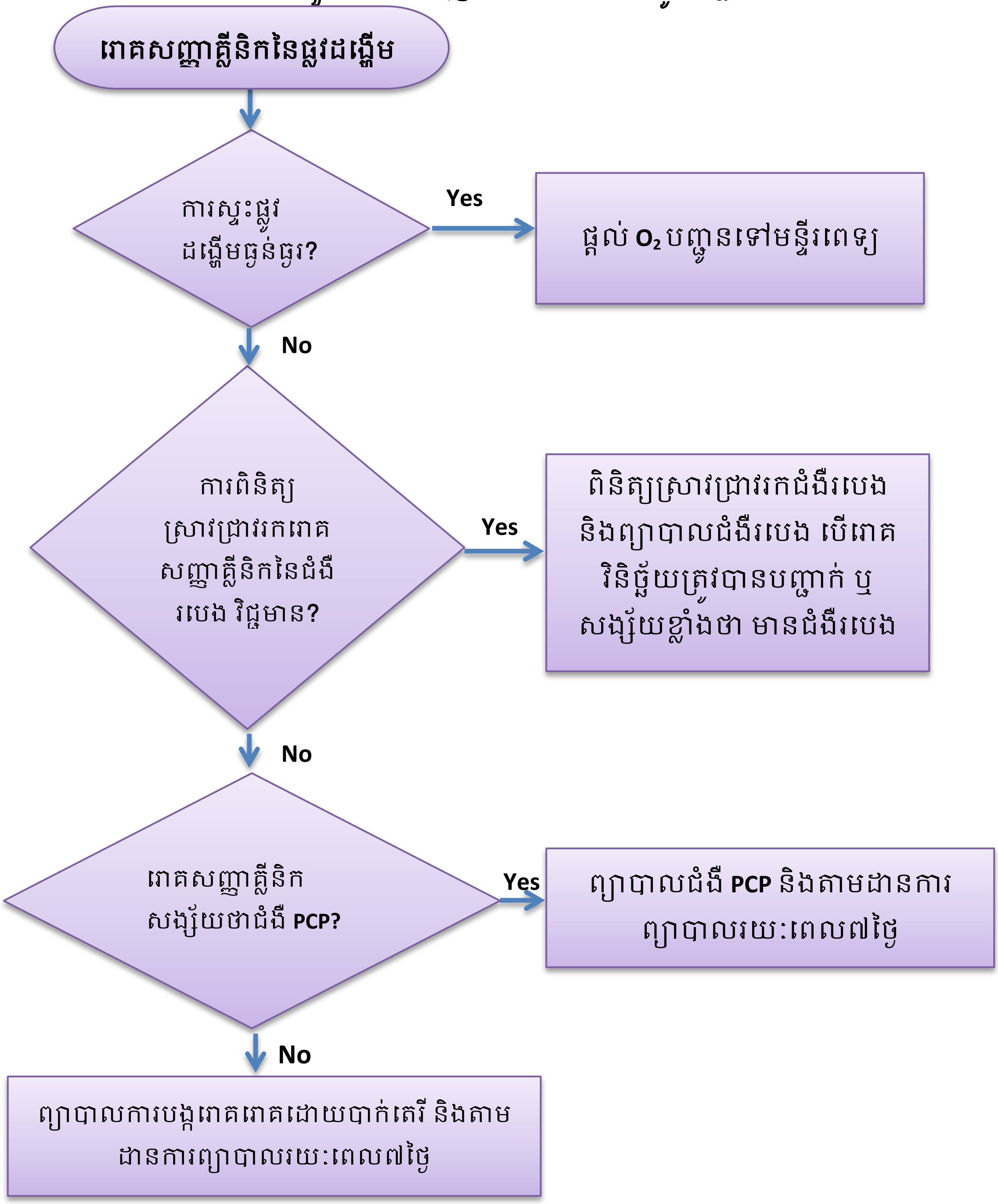
ការតាមដានការព្យាបាល

- ការឆ្លើយតបជាមួយរោគសញ្ញាគ្លីនិកៈ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ ត្រូវពិចារណាព្យាបាលដោយជម្រើសផ្សេង ឬធ្វើការពិនិត្យរកមើលរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត ។
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ cotrimoxazole –ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ស្លេកស្លាំង neutropenia ខ្សោយតម្រងនោម ។

[៣១] គោលការណ៍ ណែនាំ Sandford ឆ្នាំ ២០១៥ការព្យាបាលដោយការ ប្រឆាំងនឹងមេរោគ

[៣២] គោលការណ៍ ណែនាំ Sandford ឆ្នាំ ២០១៥ការព្យាបាលដោយការ ប្រឆាំងនឹងមេរោគ

រូបភាពទី១៥ -១ គំនូសបំព្រួញ: រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម



<u>បើអ្នកជំងឺមិនបានធូរស្បើយដោយការព្យាបាល៖</u>

- ពិនិត្យពីប្រវត្តិជំងឺ ឬការវិវត្តន៍នៃជំងឺ ពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិកឡើងវិញ។ ថតសួតដោយកាំរស្មីX ធ្វើតេស្ត CBC ពិនិត្យកំហាកដោយ microscopy ការបណ្តុះមេរោគ + GeneXpert ការបណ្តុះឈាម និងការវិភាគទឹកក្នុងសួត បើមានការជ្រាបទឹក ។

<u>ពិចារណា:</u>

- បញ្ជូនអ្នកទៅទទួលសេវាព្យាបាលមានកម្រិតខ្ពស់ជាង
- ការបង្ករោគលើសពីមួយមុខ
- ការព្យាបាលសាកល្បងនៃជំងឺរបេង ឬជំងឺ PCP អាស្រ័យតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក
- ជំងឺដែលមិនមែនបង្កដោយមេរោគ (ជំងឺហឺត (asthma) ជំងឺមហារីកសួត។ល។

លក្ខខណ្ឌនៃប្រព័ន្ធប្រសាទ

ជំពូក ១៦. ជំងឺរលាកស្រោមខួរ

ជំងឺរលាកស្រោមខួរ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ កើតឡើងជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពីមេរោគ Cryptococcus មេរោគរបេង ឬពពួកបាក់តេរី រួមមាន *Streptococcus pneumonia (ញឹកញាប់ជាងគេ) មេរោគ Neisseria meningitidis មេរោគ H.influenza B* និងពពួកវីរុស រួមមាន មេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង ឬវីរុស HSV ឬមេរោគស្វាយ។

ការបង្ការ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងព្យាបាលដោយ IPT ការធ្វើតេស្តស្រាវជ្រាវរកអង់ទីស្សែន Cryptococcus។

១៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- គ្រុនក្តៅ ចង្អោរ និងក្អួត
- ឈឺក្បាលមិនឆ្លើយតបទៅនឹងថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia) ឈឺក ខ្លាចពន្លឺ (photophobia) វង្វេងស្មារតី និងប្រកាច់ ។
- ការពិនិត្យ៖ គ្រុនក្តៅ ↓ consciousness សញ្ញារលាកស្រោមខួរ (រឹងក សញ្ញា Kernig វិជ្ជមាន) ហើម papill (ដោយសារ សម្ពាធក្នុងខួរក្បាលកើនឡើង) ។
- ស្នាមអុចៗលើស្បែកពណ៌ក្រហម (Petechial) ទាក់ទងជាចម្បងជាមួយនឹង ជំងឺmeningitis Neisseria និងជំងឺ *S. pneumonia* ផងដែរ ។
- រោគសញ្ញាជំងឺសរសៃប្រសាទបង្គោល (Focal neurological signs) ជាសញ្ញាបង្ហាញពីទំហំដំបៅ (ជំងឺរបេង ឬជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល) ។

****** ការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរីជាធម្មតា បង្ហាញពីភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងទាមទារការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ បើករណីសង្ស័យ ត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ceftriaxone ២ក្រាម ចាក់សរសៃ ឱ្យបានឆាប់នៅពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ឬ *មុនពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង* ប្រសិនបើ ការព្យាបាលយឺតពេលជាង១ម៉ោងនៃការរំពឹងទុក ។ ******

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក: ត្រូវគិតពីជំងឺគ្រុនចាញ់ និងមូលហេតុនៃរោគសញ្ញាឈឺក្បាលដែលបណ្តាលមកពីជំងឺមិនឆ្លង (ឧ. migraine) ។

១៦.២ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវនិច្ឆ័យជំងឺរលាកស្រោមខួរ

- ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង លើកលែងតែក្នុងករណី មានជំងឺឈាមកក (coagulopathy) ឬមានដំបៅធំពេក (ភស្តុតាងនៃសញ្ញាប្រសាទបង្គោល ប្រកាច់ ឬ ឃើញក្នុងរូបភាព CT ស្កេន) ។

- ការពិនិត្យផ្សេងទៀត: ថតសួតដោយកាំរស្មី X និងពិនិត្យកំហាកដោយ GeneXpert /អតិសុខុមទស្សន៍ តេស្ត CBC តេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់ និងតេស្ត RPR ។

១៦.២.១ ការបូមទឹកឆ្អឹងខ្នង (LP)

តារាងទី១៦-១ បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង

បច្ចេកទេសបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងការវិភាគខួរឆ្អឹងខ្នង
• ប្រើម្ជុលលេខ១៨ (១៨ gauge needle) • វាស់សម្ពាធបើក (ប្រសិន គ្មាន manometer ប្រើបំពង់ IVI និងកត់សម្គាល់កម្រិតដែលបានវាស់ដោយម៉ែត្ររម្ងរភ្ជាប់ជាមួយបង្គោល IVI) • ធម្មតាសម្ពាធបើក(OP) គឺ ១០-២០ cmH_20 • បើសម្ពាធកើនឡើងមិនដឹងមូលហេតុ-បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ៥ml នៅពេលដំបូង • បើសម្ពាធកើនឡើង និងសង្ស័យយ៉ាងខ្លាំងថា ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus ត្រូវបូមយកទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងចំនួន ២០-៣០mls • ពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង រកជាតិស្ករ និងប្រូតេអ៊ីន • ពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងដោយអតិសុខុមទស្សន៍ - គោលិកាស(leucocytes) • ពិនិត្យដោយ Cryptococcus India (ប្រទេសចិន) ស្នាមប្រឡាក់ទឹកថ្នាំសម្រាប់យកទៅពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ ធ្វើតេស្តរក antigen Cryptococcal (CCAg) • Bacterial stain និងការបណ្ដុះមេរោគ • ជំងឺរបេង: ពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ តេស្ត GeneXpert និងការបណ្ដុះមេរោគរបេង ។

១៦.២.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យញែកចេញ នៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ

តារាងទី១៦-២ ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ

	ជំងឺបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus	ជំងឺរបេង	ជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី	ជំងឺបង្កដោយពពួកវីរុស
ចំនួនកោសិកា CD4	ទាប (< ១០០)	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ(ជាទូទៅពេលមានកោសិកាចំនួនតិច)	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ	ទោះបីជាចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ ដោយ។
លេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ ឬវិវត្តន៍ទៅមុខ	រ៉ាំរ៉ៃ	មិនសូវស្រួចស្រាវ	ស្រួចស្រាវ	ស្រួចស្រាវ

សម្ពាធបើកពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	ខ្ពស់– ខ្ពស់ខ្លាំង	ខ្ពស់ ឬធម្មតា	ខ្ពស់	ជាទូទៅ ធម្មតា
រូបភាពនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង	ថ្លា	ជាទូទៅ ថ្លា	ជាទូទៅ ល្អក់ (Turbid)	ជាទូទៅ ថ្លា
កោសិកា (ភាគច្រើន)	Lymphocytes	Lymphocytes	Neutrophils ↑↑	Lymphocytes
Glucose	ធម្មត /ទាប	ទាប	ទាប	ធម្មតា
Protein	ឡើងបន្តិចបន្តួច	ឡើង	ឡើង	ធម្មតា ឬ ឡើងបន្តិចបន្តួច
ការពិនិត្យដោយ Microscopy stains	India ink ជាទូទៅ វិជ្ជមាន	AFB ជាទូទៅ មើលមិនឃើញ	Gram +ve cocci (*S. Pneumoniae*), Gram –ve (*N. meningitides*)	អវិជ្ជមាន
ការពិនិត្យផ្សេងទៀត	CrAg វិជ្ជមាន	ពិនិត្យដោយ GeneXpert (moderate sensitivity in CSF) សុំធ្វើការបណ្ដុះមេរោគ ។	សុំធ្វើ Grams stain និងបណ្ដុះមេរោគ	ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាត់ចោល HSV អាចបញ្ជាក់បានពេលធ្វើតេស្ត PCR ។

ការពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងអ្នកជំងឺ neurosyphilis ៖ ↑ គោលិកាសភាគច្រើនជា កោសិកា mononuclear និង ↑protein និង glucose ធម្មតា និង តេស្ត VDRL អាច វិជ្ជមាន ។

១៦.៣ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរ

- សូមអានជំពូក ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus (CM) និងជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង សូមអានផ្នែកជំងឺរបេងក្រៅសួត ក្នុងជំពូកទី១៣. ជំងឺរបេង ។

ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី

  - Ceftriaxone ២ក្រ ចាក់ IVI រាល់១២ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល១០ថ្ងៃ ។
- ជំងឺសរសៃប្រសាទបង្កដោយមេរោគស្វាយ (Neurosyphilis)
  - Benzypenicillin ១,៨ក្រ (= ៣ million units) ចាក់រាល់៤ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល១៥ថ្ងៃ ។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ Herpes simplex
  - Acyclovir ១០ម.ក្រ /គ.ក្រ ចាក់ IVI រាល់៨ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល១០ថ្ងៃ ។

ជំពូក ១៧. ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយមេរោគ Cryptococcus (CM)

១៧.១ ចំណុចគន្លឹះ

- *ជំងឺបង្កដោយមេរោគផ្សិតឈ្មោះ Cryptococcus neoformans* គឺជាជំងឺផ្សិតដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិតអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ហើយជួបប្រទះជាញឹកញាប់ ។ អត្រាស្លាប់មានកម្រិតខ្ពស់ ទោះបីជា បានទទួលការព្យាបាលក៏ដោយ ។
- ហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅជំងឺ CM មានកម្រិតខ្ពស់បំផុត នៅពេលចំនួនកោសិកា CD4 <១០០កោសិកា/ម.ម^{៣} ។
- ជំងឺ CM ជាញឹកញាប់មានការលេចចេញរោគសញ្ញាមិនសូវស្រួចស្រាវ ឈឺក្បាលខ្លាំង គឺជារោគសញ្ញាដែលកើតមានជាញឹកញាប់ ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលឱ្យបានឆាប់ គឺជាគន្លឹះដ៏សំខាន់ ក្នុងការកែលម្អអត្រាមរណៈភាពនៃជំងឺ CM ។ ដូច្នេះ វាជាការសំខាន់ក្នុងការដាក់ការសង្ស័យពីជំងឺ CM និងចាប់ផ្តើមបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) ។
- ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺ CM ទាំងអស់ ទៅថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ។
- ការព្យាបាលដោយបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសម្ពាធក្នុងខួរក្បាលខ្ពស់ (high intracranial pressure) គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់នៃការព្យាបាល ដែលជះឥទ្ធិពលលើមរណៈភាពនៃជំងឺ CM ។
- សម្ពាធបើកនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងត្រូវវាស់នៅពេលដំបូង និងរាល់ពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាបន្តបន្ទាប់។
- IRIS គឺជាការព្រួយបារម្ភ ជាពិសេស ជំងឺ CM ដោយសារហេតុផលនេះហើយ បានជាតម្រូវឱ្យពន្យារពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រហូតដល់ ៤-៦ សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺ CM ។

១៧.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ឈឺក្បាល គ្រុនក្តៅ មាន/គ្មានការផ្លាស់ប្តូរគំហើញ វង្វេងស្មារតី ពិការសរសៃប្រសាទ (cranial nerve palsy) រោគសញ្ញា meningismus (រឹងក) ប្រកាច់ និងថយចុះស្មារតី ។
រោគសញ្ញាអាចមានតិចតួចបំផុត មិនសូវស្រួចស្រាវ ឬជួលកាលពុំរ៉ៃ (ឧ.មានតែឈឺក្បាល និងគ្រុនក្តៅតែប៉ុណ្ណោះ) ។ រោគសញ្ញាស្រោមខួរក្បាល (ឧ. ឡើងរឹងក) គឺជាករណីកំរ ។
ចំពោះអ្នកជំងឺ ដែលមានការបង្ករោគរាលដាល អាចមានដំបៅស្បែកបង្កដោយមេរោគ cryptoco- ccus (អាចមើលទៅស្រដៀងគ្នាជាមួយជំងឺ contagiosum molluscum) ។

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយបាក់តេរី ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយជំងឺរបេង ជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ bacterial sinusitis (សូមមើល តារាងទី១៦-២ ការញែកចេញនៃមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរ) ។

១៧.៣ រោគវិនិច្ឆ័យ

រោគវិនិច្ឆ័យនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺCM ។ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បើមេរោគ Cryptococcus ត្រូវបានរកឃើញនៅគ្រប់កន្លែងនៅពេលបណ្ដុះមេរោគ ឬតេស្តសេរ៉ូម CRAG វិជ្ជមាន និងអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក (តារាងទី១៦-១ បច្ចេកទេសនៃការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនិងការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងនិងរូបភាពទី៧-១ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ Cryptococcal Antigen)។

- បើគ្រឹះស្ថានព្យាបាលរបស់អ្នក មិនអាចអនុវត្តការបូមទឹកខួរឆ្អឹង ឬការវិភាគទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបានទេ ហើយមានការសង្ស័យថា ជាជំងឺ CM ត្រូវៈ
    - ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ១២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ និង
    - បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាថែទាំ និងព្យាបាលកម្រិតខ្ពស់ជាង ។

- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង មិនត្រូវធ្វើទេ បើមានជំងឺឈាមកក (coagulopathy) ធ្ងន់ធ្ងរ ឬកន្លែងមានដំបៅធំ (ភស្តុតាងដោយមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល ប្រកាច់ ឬ CT ស្កេន appearance) ។

- បើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាបប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (focal neurological signs) ត្រូវធ្វើតេស្តសេរ៉ូម CRAG បើតេស្ត វិជ្ជមាន និងមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺ CM ត្រូវចាប់ ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺ CM ។ ចូរចងចាំថា អ្នកជំងឺអាចមានជំងឺ toxoplasmosis និង មានតេស្តCRAG វិជ្ជមាន ដូច្នេះក្នុងករណីខ្លះ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការព្យាបាល ទាំងជំងឺ toxoplasmosis និងជំងឺ CM រួមគ្នា។

- បើការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍រកមេរោគ cryptococcus និង ធ្វើតេស្ត CRAG មានលទ្ធផលៈ អវិជ្ជមាន-ត្រូវពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងធ្វើការបណ្ដុះរកមេរោគបាក់តេរី ។

- **រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺ** CM **ដំណាក់កាលទី២**: ទាំងការពិនិត្យដោយអតិសុខុមទស្សន៍ដោយប្រើប្រាស់ India ink និងធ្វើតេស្ត CRAG នៅតែ វិជ្ជមានជាច្រើនខែ បន្ទាប់ពីការព្យាបាលបានជោគជ័យ ។ ដូច្នេះ នៅមានវិធីតែមួយគត់ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានច្បាស់លាស់នៃការបង្ករោគក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន នៅក្នុងបរិបទនៃការលាប់ជំងឺឡើងវិញ ឬការបង្ករោគម្តងទៀត គឺ ការ បណ្ដុះរកមេរោគផ្សិត ។

១៧.៤ ការព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគ cryptococcus

- អ្នកជំងឺ CM ត្រូវទទួលការគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានលទ្ធភាពបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងបាន និងសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម តាមដាន electrolytes និង Creatinine និងគ្រប់គ្រងវិបត្តិនៃ electrolytes និង ចុះខ្សោយតម្រងនោម ។

ដំណាក់កាលដំបូង (Induction phase):

- **Amphotericin** B ០,៧-១ម.ក្រ/គ.ក្រ ១ថ្ងៃ/ម្តង **រយៈពេល ២ សប្តាហ៍** និងបន្តដោយឱសថ Fluconazole ៨០០ម.ក្រលេប១ថ្ងៃ/ម្តង ។
- សូមមើលតារាងទី១៧-១ Amphotericin: របៀបប្រើប្រាស់ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ។
- បើមានការយឺតយ៉ាវក្នុងការបញ្ជូនអ្នកជំងឺ: ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ពេលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូន ។
- គេបានផ្តល់អនុសាសន៍យ៉ាងមុតមាំថា អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី បើអ្នកជំងឺមិនបានទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទេ ត្រូវតែព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ១២០០ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ឱ្យបានចប់ពេញលេញ ។

ការព្យាបាលដោយបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP)

- សម្ពាធក្នុងខួរក្បាលខ្ពស់ បណ្តាលមកពីជំងឺ CM ទាមទារនូវការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្នខ្ពស់បំផុត ដោយការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងច្រើនដង ។ ការព្យាបាលរបៀបនេះ អាចជួយបង្កើនលទ្ធផលល្អដល់អ្នកជំងឺ និងកាត់បន្ថយការឈឺក្បាលបានប្រសើរជាងការព្យាបាលដោយឱសថ analgesics ភាគច្រើន ។
- វាស់សម្ពាធពេលបើក នៅពេលបូមទឹកខួរឆ្អឹងម្តងៗ ។
- អ្នកជំងឺដែលមាន សម្ពាធបើកចំហ > ២៥ cm H2O ត្រូវបូមចេញម្តងពី ២០–៣០ml នៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងក្នុងគោលបំណងបន្ថយសំពាធបើកចំហឱ្យនៅ < ២០cm H2O ឬ កាត់បន្ថយលើសពី > ៥០% ប្រសិនបើសម្ពាធបើកចំហនេះ មានកម្រិតខ្ពស់ខ្លាំងពេក ។
- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងសារចុះសារឡើងរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់សម្ពាធចំហ ស្ថិតនៅក្នុងចន្លោះកម្រិតធម្មតារយៈពេលបីថ្ងៃជាបន្តបន្ទាប់ ។
- បើបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមួយថ្ងៃ/ម្តង មិនគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ (ឈឺក្បាលខ្លាំង រោគសញ្ញានៃគំឃើញ និងភាពមិនប្រក្រតីនៃសរសៃប្រសាទខួរក្បាល) ទេ ត្រូវបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងចំនួន ២ ដង/ថ្ងៃ (អាចបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ៣ -៤ដងរៀងរាល់ថ្ងៃ) ។

តាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាល:

- តាមដានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។
- មិនចាំបាច់បូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាប្រចាំ នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលទេ លុះត្រាតែអ្នកជំងឺនៅតែមានរោគសញ្ញាក្រោយរយៈពេល១៤ថ្ងៃ នៅពេលដែលបានអនុវត្តការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងច្រើនលើកច្រើនសារ និងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងត្រូវបានបញ្ជូនទៅធ្វើការបណ្តុះរកពួកផ្សិត +/- ការធ្វើតេស្ត sensitivity (ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន) ។

- ការធ្វើតេស្តទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងជាមួយ India Ink និងតេស្តលើសេរ៉ូមរក CRAG គឺមិនមានប្រយោជន៍ដើម្បីតាមដានការឆ្លើយតបនៃការព្យាបាលទេ ដោយសារតែតេស្តនេះនៅតែមានភាពវិជ្ជមានជាច្រើនខែទោះបីជាការព្យាបាលទទួលបានជោគជ័យក៏ដោយ ។

ករណីដែលគ្មានភាពប្រសើរឡើងនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកទេ ត្រូវពិចារណាពី IRIS (សូមអានផ្នែកខាងក្រោម) ហើយវានឹងចាំបាច់ក្នុងការផាត់ចេញពីភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំប្រឆាំងមីក្រុប នៃមេរោគ cryptococcus និងធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្តពីមូលហេតុជំងឺផ្សេងទៀត (រួមទាំង មូលហេតុនៃការបង្ករោគបន្ថែមទៀត) ។

ការព្យាបាលក្នុងដំណាក់រួមបញ្ចូលគ្នា (Consolidation phase therapy)

- ឱសថ Fluconazole ៤០០ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៨ សប្តាហ៍ ។

ការព្យាបាលដំណាក់កាលថែទាំ (ការព្យាបាលបង្ការលើកទីពីរ)

- Fluconazole ២០០ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ។

បញ្ឈប់ការព្យាបាលដំណាក់កាលថែទាំ:

- អ្នកជំងឺអាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលក្រោយរយៈពេល ≥ ១២ខែ នៅពេលដែល៖

  ១. ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង និងការលេបថ្នាំបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ជាមួយថ្នាំ fluconazole និងថ្នាំ ARV និង

  ២. ចំនួនកោសិកា CD4 >១០០ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា៦ខែ/ម្តង និង ការធ្វើតេស្ត VL មានលទ្ធផល undetectable (ឬ បើគ្មានតេស្ត VL ទេ តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 > ២០០ ក្រោយពីធ្វើតេស្តពីរដង ឃ្លាតគ្នា៦ខែ/ម្តង) ។

១៧.៤.១ ការព្យាបាលនៅពេលមាន CRAG វិជ្ជមាន តែឯកឯង (IPCA)

ធានាថា ជំងឺ CM ត្រូវបានផាត់ចេញ ក្រោយពីបានពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬ ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង៖

ព្យាបាលដំណាក់កាលដំបូង: ឱសថ Fluconazole 800ម.ក្រ លេប១ម្តង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្តដោយ**ការព្យាបាលដំណាក់រួមគ្នា និងដំណាក់កាលថែទាំ**៖ ដូចគ្នាជាមួយការព្យាបាលជំងឺ CM ដែរ ។

តារាងទី១៧-១ *Amphotericin:* របៀបប្រើប្រាស់ ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

របៀបប្រើប្រាស់ Amphotericin – ការបង្ការការពុល ការតាមដាន និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល[៣៣]
បង្ការការបាត់បង់ជាតិទឹក និង បន្ថែមសារធាតុ electrolyte • សូលុយស្យុងសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា១លីត្រលាយជាមួយ KCL មួយអំពូល (២០mmol) លើសពី ២-៤ ម៉ោង។ មុននឹងចាក់ amphotericin B បញ្ចូល (ជាមួយសេរ៉ូម ៥% dextrose ១លីត្រ) • លេប KCL ៨mEq ចំនួន ២ដង/ថ្ងៃ។ • លេបបន្ថែម១គ្រាប់ KCL ៨mEq ២ដង/ថ្ងៃ អាចបន្ថែមបាន ក្នុងកំឡុងសប្តាហ៍ទី២ ។ • បើបន្ថែម magnesium trisilicate លេប២គ្រាប់លេខ ២៥០ ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃ ។ • ការព្យាបាលជំនួស Potassium ត្រូវផ្អាកសិន ករណីមុខងារតម្រងនោមខ្សោយ ឬ មាន hyperkalaemia ។ • ការធ្វើតេស្តកម្រិតដូសឱសថ amphotericin B មិនត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យធ្វើទេ។
របៀបប្រើប្រាស់ Amphotericin B • Amphotericin ម្សៅ (៥០ម.ក្រ vials) រក្សាទុកក្នុងសីតុណ្ហភាព ២– ៨^{0}C និងចៀសវាងត្រូវពន្លឺថ្ងៃ។ លាបម្សៅថ្នាំ ៥០ម.ក្រ ជាមួយ ១០ ម.ល sterile water និងចាក់ចូលទៅសេរ៉ូម dextrose ៥% ១លីត្រ និងលាយល្បាយឱ្យបានសព្វល្អ (មិនត្រូវប្រើប្រាស់សេរ៉ូមប្រៃទេ)។ • ប្រើប្រាស់សេរ៉ូមដែលលាយហើយ ក្នុងកំឡុងពេល ២៤ម៉ោង ។ • ព្យួរសេរ៉ូមដោយចាក់ចូលតាមសរសៃឈាមវ៉ែន peripheral cannulas ≥ ៤ម៉ោង។ ក្រោយពីព្យួរសេរ៉ូម (infusion) រួចដកចេញថង់សេរ៉ូម និងព្យួរបន្តដោយសេរ៉ូមប្រៃធម្មតា ។ តាមដានស្នាមចាក់ព្យួរសេរ៉ូម ក្រែងមានការរលាកសរសៃវ៉ែន (phlebitis) និងត្រូវប្តូរកន្លែងចាក់សេរ៉ូមបើចាំបាច់។ **តាមដានជំងឺកំឡុងពេលព្យួរសេរ៉ូម** • ជីពចរ សម្ពាធឈាម សីតុណ្ហភាព រៀងរាល់ ៣០នាទី/ម្តងក្នុងកំឡុងពេល ២ម៉ោងដំបូង បន្ទាប់រៀងរាល់ ១ម៉ោង/ម្តង ។ • ក្នុងករណី មានគ្រុនក្តៅ និងញាក់ញ័រ- ផ្តល់ឱសថ hydrocortisone ៥០ម.ក្រ ចាក់ IVI • បើសម្ពាធឈាម < ៧០mmHg បញ្ឈប់ព្យួរសេរ៉ូម និង ចាក់សូលុយស្យុងតាម IVI និងវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។
តាមដានការពុលឱសថ • ធ្វើតេស្ត Serum potassium និង creatinine (នៅពេលដើមគ្រា និង រាល់២សប្តាហ៍ម្តង) ជាពិសេស នៅសប្តាហ៍ទី២ នៃការព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin B ។ • ធ្វើតេស្ត Haemoglobin (នៅពេលដើមគ្រា និង រៀងរាល់សប្តាហ៍)

[៣៣] ដំបូន្មានរហ័ស ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រង ជំងឺ Cryptococcus ចំពោះមនុស្សពេញក្មេងជំទង់និង កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ខែធ្នូ ឆ្នាំ២០១១។

• ផ្តោតការប្រុងប្រយ័ត្នជាពិសេស ក្នុងការតាមដានជាតិទឹក ទាំងការបញ្ចូល និងការបញ្ចេញ និងតាមដាន *ទម្ងន់អ្នកជំងឺរៀងរាល់ថ្ងៃ* ។
គ្រប់គ្រងព្យាបាលការពុលឱសថ • បើ K < ៣,៣mmol/l បង្កើនការបន្ថែម potassium ដល់ ២អំពូលនៃ KCL (៤០mmol) ឬ លេប ១គ្រាប់ ឬ ២គ្រាប់នៃ ៨mEq KCL ៣ដង/ថ្ងៃ ។ តាមដានជាតិ potassium រាល់ថ្ងៃ ។ • បើ hypokalaemia នៅតែមិនអាចកែតម្រូវបាន (uncorrected) ត្រូវបន្ថែមឱ្យលេប magnesium ក្នុងកម្រិតដូសទ្វេដង ។ • តម្រងនោមចុះខ្សោយនៅពេលដើមគ្រា គ្មាន contraindications ជាមួយកម្រិតដូសស្តង់ដានៃឱសថ amphotericin B ទេ។ ត្រូវធានាថា អ្នកជំងឺមានការបំពេញជាតិទឹកបានល្អ និងបើ creatinine កើនឡើងប្រហែល > ២ដង ធៀបនឹងតម្លៃពេលដើមគ្រា ។ ករណីនេះ អាចមានជម្រើស២ អាចផ្អាកការព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin B ជាបណ្តោះអាសន្ន ឬ បង្កើនជាតិទឹក ជាមុន១លីត្រ រៀងរាល់ ៨ម៉ោង/ម្តង ។ នៅពេលស្ថានភាពជំងឺបានប្រសើរឡើង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលសារឡើងវិញក្នុងកម្រិតដូស ០,៧ ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ អាចនឹងត្រូវពិចារណាក្នុងព្យាបាលដោយ amphotericin B ឆ្លាស់ថ្ងៃគ្នា ។ • បើ creatinine នៅតែកើនឡើង ឈប់ប្រើ amphotericin ហើយបន្តដោយ fluconazole ក្នុងកម្រិតដូស ១២០០ ម.ក្រ/ថ្ងៃ (សូមអានកំណត់សម្គាល់អំពីឱសថ fluconazole ខាងក្រោម)។ តាមដាន creatinine ប្រចាំថ្ងៃ ។

១៧.៤.២ អន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី១៧-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងពពួកផ្សិត	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
Amphotericin B	គ្មានអន្តរកម្មនៃឱសថក្រុម PI និងក្រុម NNRTI Amphotericin នាំឱ្យ nephrotoxic ត្រូវតាមដានមុខងារតម្រងនោមឱ្យបានដិតដល់ ហើយអាចទាមទារឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថក្រុម NRTI ។
Fluconazole	AZT និង NVP: ↑កំហាប់ មិនតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថទេ តែត្រូវតាមដានផលប៉ះពាល់ ។

១៧.៤.៣ ឱសថ Fluconazole នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ និងពុលថ្លើម [៣៤]

- **ឱសថ Fluconazole នាំឱ្យតម្រងនោមចុះខ្សោយ:** ឱសថ Fluconazole ត្រូវបញ្ចេញចោលតាមទឹកនោម ដូច្នេះត្រូវពិចារណាក្នុងការបន្ថយកម្រិតដូស ក្រោយពេលព្យាបាលដោយឱសថនេះ រយៈពេល ៣ថ្ងៃដំបូង បើ creatinine clearance < ៥0mL/min។
  - Cr Clearance ២១–៥០ ម.ល/មនាទី ផ្តល់កម្រិតដូសពាក់កណ្តាលនៃកម្រិតដូសផែនការរៀងរាល់ថ្ងៃ ។
  - Cr Clearance ១១–២០ម.ល/មនាទីផ្តល់កម្រិតដូស១/៤ នៃកម្រិតដូសផែនការរៀងរាល់ថ្ងៃ ។

- **ឱសថ Fluconazole និងថ្លើម** អ្នកជំងឺមួយចំនួនតូច ទាមទារឱ្យបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole បណ្តាលមកពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថនេះ ប៉ុន្តែឱសថ fluconazole អាចបណ្តាលឱ្យកើនឡើងកម្រិតស្រាលនូវ ALT/AST និងកំរលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើម ថ្លើមខ្សោយខ្លាំង (Cholestasis and fulminant hepatic failure) អាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់ ។ ហានិភ័យនឹងមានកម្រិតខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលលេបឱសថ: ឱសថ rifampicin ឱសថ phenytoin ឱសថ isoniazid valproic acid ឬ ភ្នាក់ងារ sulfonylurea hypoglycaemic ។
- បើអ្នកជំងឺមានតេស្តមុខងារថ្លើម មិនធម្មតា នៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ៖
  - តាមដានឱ្យជិតដល់នៃការវិវត្តន៍ទៅ របួសថ្លើមកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ (↑Bilirubin និង ពេលពិនិត្យ ថ្លើមឃើញថា ថ្លើមមានសភាព tenderness គឺជាសញ្ញានៃភាពធ្ងន់ធ្ងរ) ។
  - ពិនិត្យឡើងវិញនូវអន្តរកម្មឱសថ ។
  - ណែនាំឱ្យអ្នកជំងឺ ឈប់ផឹកសុរា និងឈប់ប្រើឱសថរុក្ខជាតិ (ឱសថបុរាណ)។
  - ពិនិត្យមុខងារតម្រងនោម - ដូចជា ត្រូវបន្ថយកម្រិតដូសថ្នាំ ។
  - ចូរពិចារណាបន្ថយកម្រិតថ្នាំ ជាពិសេស ពេលប្រើ fluconazole កម្រិតដូសខ្ពស់ (៨០០ម.ក្រ ឬ ១២០០ ម.ក្រ) ។
  - ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអាស្រ័យទៅលើការប្រឈមមុខ: ការវាយតម្លៃពីផលប្រយោជន៍ - ស្វែងរកដំបូន្មានពីគ្រូពេទ្យជំនាញ ។

១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ /ស្ត្រីបំបៅដោះកូន [៣៥]

- **ឱសថ Fluconazole** មានកម្រិតប្រឈមមុខចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងកាតេកូរី D: របាយការណ៍នៃទារកដែលមានភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត លើម្តាយបានព្យាបាលរយៈពេល ៣-៤ខែដោយ ឱសថ fluconazole ក្នុងកម្រិតដូសខ្ពស់ ទោះបីជា ទំនាក់ទំនងរវាងការប្រើឱសថ fluconazole និងព្រឹត្តិការណ៍ទាំងនេះ គឺនៅមិនទាន់ច្បាស់ក៏ដោយ។ ហានិភ័យ: ការប្រៀបធៀបនៃអត្ថប្រយោជន៍ នឹងត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើឱសថ fluconazole ក្នុងបរិបទជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ

---

[៣៤] MIMS Fluconazone. 2015http://www.mims.com.au

[៣៥] គោលការណ៍ណែនាំ Johns Hopkins ABX Guide.200-2015។សកលវិទ្យាល័យ Johns Hopkins

cryptococcus (ការព្យាបាលក្នុងដំណាក់កាលរួមគ្នា និងដំណាក់កាលថែរក្សា) នេះ។ ស្ត្រីដែលគ្មានផ្ទៃពោះ គួរប្រើវិធីសាស្ត្រពន្យារកំណើតដែលមានប្រសិទ្ធភាព (បន្ថែមលើសពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ) រហូតគាត់បានបញ្ចប់វគ្គនៃការព្យាបាលដោយឱសថ fluconazole ពេញលេញ ។

- ទោះបីជា ឱសថ fluconazole បញ្ចេញតាមទឹកដោះម្ដាយក៏ដោយ ក៏នៅមិនទាន់មានការបង្ហាញពីភាពពុលឱសថនេះទៅលើទារកនៅឡើយទេ។ដូច្នេះទំនងជាការពុលនៃឱសថគឺមានកម្រិតទាប។
- **Amphotericin B** គឺមានសុវត្ថិភាពក្នុងការព្យាបាលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ភាពមានផ្ទៃពោះគឺមានហានិភ័យក្នុងកាតេកូរីB) ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណាក្នុងព្យាបាលដោយឱសថតែមួយមុខ (monotherapy) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងដំណាក់កាលដំបូង (induction phase) ។

១៧.៤.៥ ការលេចចេញ IRIS បង្កដោយ Cryptococcus

- Cryptococcal IRIS កើតឡើងអាចជា "IRIS លាក់មុខ = unmasking IRIS" ដែលនឹងចេញរោគសញ្ញាក្រោយពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឬ អាចកើតឡើងនៅពេលកំពុងព្យាបាល ឬ ក្រោយពេលព្យាបាលជំងឺ CM ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវែកញែក នៃការលេបថ្នាំ fluconazole មិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ជាមួយការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្ដាលផ្សេងទៀត (ឧ. ជំងឺរបេង ជំងឺ toxoplasmosis) ឬភាពស៊ាំជាមួយឱសថ fluconazole (ជាករណីកំរ)។
- ការព្យាបាលសម្ពាធខួរក្បាលខ្ពស់ បង្កដោយ cryptococcal IRIS គឺមានលក្ខណៈដូចគ្នាទៅនឹងការព្យាបាលខាងលើ។
- ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃ IRIS មិនច្បាស់លាស់ ត្រូវចាប់ផ្ដើមការព្យាបាលឡើងវិញ ឬបង្កើនការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតឱ្យកាន់តែខ្លាំង (ឧ. ចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ amphotericin ឬបង្កើនកម្រិតដូសឱសថ fluconazole)។
- មិនត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ លុះត្រាតែក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ។
- បើមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវពិចារណាប្រើឱសថ prednisolone 0,៥-១ ម.ក្រ/គ.ក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ២-៦សប្ដាហ៍ ដោយកាត់បន្ថយកម្រិតដូស ។
- ការប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់/រយៈពេលយូរនៃឱសថ steroid លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយ បណ្ដាលឱ្យបង្កើនហានិភ័យនៃការកើតជំងឺ strongyloidiasis រាលដាល និង septic shock ។ ប្រសិនបើប្រើ prednisolone កម្រិតដូសខ្ពស់ (>២០ម.ក្រ) អស់រយៈពេលលើសពី ២សប្ដាហ៍ ស្របតាមផែនការ ត្រូវព្យាបាលដោយឱសថ albendazole ៤០០ម.ក្រ លេបនៅពេលហូបអាហារមានជាតិខ្លាញ់ រៀងរាល់ ១២ម៉ោង/ម្ដង រយៈពេល៧ថ្ងៃ[៣៦] ។

---

[៣៦] គោលការណែនាំរបស់ សំរាប់ព្យាបាលប្រឆាំងនឹងមេរោគឆ្នាំ២០១៥

ជំពូក ១៨. ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma

- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma បណ្តាលមកពី ប្រតិកម្មកម្រើកឡើងវិញនៃពងរបស់ protozoa *Toxoplasma gondi* ដែលសម្ងំដេកក្នុងខួរក្បាល (ជាទូទៅ គ្មានរោគសញ្ញា)។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma កើតឡើងចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺ អេដស៍ដែលថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំងក្លា ហើយមានចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០។
- ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ toxoplasma គឺចាត់ថ្នាក់ក្នុងដំណាក់គ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

ការបង្ការ: កាព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ។

១៨.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ឈឺក្បាល +/- គ្រុនក្តៅ
- រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល និងរោគសញ្ញា (ស្លាប់មួយចំហៀងខ្លួន និងដើរគ្មានលំនឹង និងនិយាយមិនច្បាស់(ataxia)។ល។
- រលាកខួរក្បាល - រោគសញ្ញា ដូចជា ថយចុះស្មារតី និងវង្វេងវង្វាន់ ភ្លេចភ្លាំង
- ការពិនិត្យដោយ Fundoscopy៖ +/- retinochorioditis + ឬ papilledema (ដោយសារតែ ↑ សម្ពាធក្នុងខួរក្បាល)។

១៨.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងគឺ contraindicated បើមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទនៅផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (focal neurological signs)។
- បើគ្មាន ការពិនិត្យដោយ CT ស្កេន → ត្រូវព្យាបាលសាកល្បង និងតាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនេះ ។
- បើមាន CT ស្កេន៖ ជាធម្មតា ឃើញមានដំបៅច្រើន មានរាងជា "ចិញ្ចៀនខ្ពស់"។
- ការធ្វើតេស្ត serology toxoplasmosis IgG ធ្លាប់មានលទ្ធផល វិជ្ជមានពីមុន ឬទើបមានការបង្ករោគដោយ toxoplasmosis ថ្មីៗ ដូច្នេះគឺវាមានប្រយោជន៍ បើលទ្ធផលតេស្ត អវិជ្ជមាន យើងអាចផាត់ចោលជំងឺ toxoplasmosis ចេញបាន។

១៨.៣ រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក

- មានដុំក្នុងសួត (Tuberculoma)៖ ថតសួតដោយកាំរស្មី X និងពិនិត្យកំហាកដោយ GeneXpert រកជំងឺរបេង គឺជាជំងឺសំខាន់បំផុតដែលអាចព្យាបាលបានជាសះស្បើយ នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបែង ចែក។
- មហារីកកូនកណ្តុរក្នុងខួរក្បាល បូសខួរក្បាលបង្កដោយបាក់តេរី ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke)។
- ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole គឺមិនទំនងក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ជាជំងឺ toxoplasmosisទេ។

១៨.៤ ការព្យាបាលស្តង់ដា

- ប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cotrimoxazole៖ ១០/៥០ម.ក្រ/គ.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ចែកជា២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៦សប្តាហ៍ ។
    - មនុស្សពេញវ័យ > ៥០ គ.ក្រៈ ២ x DS គ្រាប់ លេប២ដង/ថ្ងៃ
    - មនុស្សពេញវ័យ < ៥០គ.ក្រៈ ៣ x SS គ្រាប់លេប២ដង/ថ្ងៃ
- បន្ថែម folic acid ៥ ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ ដោយសារការប្រើកម្រិតដូសខ្ពស់នៃឱសថ cotrimoxazole រារាំងការសំយោគនៃ folate។
- ផ្តល់ប្រឹក្សា ឱ្យអ្នកជំងឺពិសារទឹកផ្លែឈើឱ្យបានច្រើន ដោយសារការប្រើកម្រិតដូសឱសថ cotrimoxazole អាចប៉ះពាល់ដល់មុខងារតម្រងនោម ។
- បើមានប្រតិកម្ម cotrimoxazole hypersensitivity – ផ្តល់ការព្យាបាល desensitization នៅសេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ ឬអ្នកជំងឺសំរាកពេទ្យ (សូមមើលតារាងទី ៥- ៣ វិធីសារនៃការកាត់បន្ថយប្រតិកម្មនៃឱសថ Cotrimoxazole ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់។

១៨.៥ តាមដានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល

- ការឆ្លើយតបនឹងរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងវិទ្យុសាស្ត្រ គឺរំពឹងថានឹងកើតឡើងក្នុងកំឡុង២–៣សប្តាហ៍។ បើគ្មានការឆ្លើយតបទេ ពិនិត្យរករោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងវិញ និង ពិចារណាលើការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បង។

ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍: កំឡុង ២សប្តាហ៍នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។

១៨.៦ ការព្យាបាលបង្ការទី ២

ឱសថ Cotrimoxazole ១DS លេបរាល់ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > ៣៥០ រយៈពេល៦ខែ និង តេស្ត VL មានលទ្ធផល undetectable ។

ជំពូក ១៩. ជំងឺ Cytomegalovirus (CMV)

- ជំងឺ CMV គឺជាជំងឺមួយបង្កដោយវីរុស ដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ ដោយសារមានសកម្មភាពឡើងវិញនៃមូលហេតុជំងឺមួយចំនួនកើតឡើងនៅសរីរាងណាមួយ ឬរាលដាលក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំដោយចុះខ្សោយខ្លាំង ចំនួនកោសិកា CD4 < ១០០ កោសិកា/មម^{៣} (ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលមាន CD4 <៥០) ។
- ជំងឺ CMV ជាមូលហេតុបណ្តាលឱ្យកើតជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែក (retinitis) ភាគច្រើន ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់ផងដែរក្នុងការបង្កឱ្យមានជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ (ជំងឺរលាកបំពង់អាហារ ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ) និងជំងឺរលាកសួត (pneumonitis) និង ម្តងម្កាលមានជំងឺរលាកខួរក្បាល (encephalitis) ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺរលាកក្រពេញ adrenalitis ជំងឺរលាកលំពែង និង/ឬ ជំងឺ epididymitis។
- ជំងឺ CMV ត្រូវចាត់ទុកក្នុងដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO។

ការបង្ការ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់។

១៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាករ៉េទីនភ្នែកបង្កដោយ CMV

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ អាចបង្ហាញរោគសញ្ញាភ្នែកនៅក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍ ឬការវិវត្តនៃរោគសញ្ញាភ្លាមៗ បន្ទាប់ពី ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នៅពេលដែល វាអាចក្លាយទៅជា "unmask" ដូចជា IRIS បង្កដោយជំងឺ CMV ។
- រោគសញ្ញា: "គំហើញអណ្តែត" ខ្លាចពន្លឺ (photophobia) និងពិការភាពនៃគំឃើញ ។ គ្មានការឈឺចាប់ និង ក្រហមភ្នែកទេ។
- ពិនិត្យ Opthalmoscopic: ឃើញ exudate perivascular ពណ៌ស ដោយមាន ឬគ្មានការហូរ ឈាម ។

១៩.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅចាក់ intravitreal ganciclovir ។
- បន្ត/ចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

ជំពូក ២០. ជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍/ជំងឺវិកលចរិក

(dementia)

- ពាក្យវិបត្តិសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍(*HIV-associated neurocognitive disorder*(HAND)) គិតទាំង វិបត្តិសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណកម្រិតស្រាល (វិបត្តិសរសៃប្រសាទ វិញ្ញាណកម្រិតស្រាល MND) រហូតដល់ជំងឺវិកលចរិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (HAD) ។
- កត្តាប្រឈមមុខនៃ HAND: ជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 កម្រិតទាបខ្លាំង មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អ្នកជំងឺមានវ័យចាស់ ជំងឺសរសៃឈាម និងជំងឺមេតាបូលិក ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។
- ទម្រង់ធ្ងន់ធ្ងរនៃ HAND គឺមិនសូវកើតមានជាញឹកញាប់ទេ នៅក្នុងសម័យកាលដែលមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដ៏មានប្រសិទ្ធភាព ។
- ទម្រង់កម្រិតស្រាលនៃ HAND បានជួបប្រទះជាញឹកញាប់ និងជាទូទៅ មិនបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាអាចបណ្តាលមកពីអ្នកជំងឺមិនបានទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រួមទាំងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ផងដែរ វិបត្តិអារម្មណ៍ និង ថយចុះសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងារក្នុងក្រុមគ្រួសារ ការបំពេញការងារ និងការបំពេញមុខងារក្នុងសហគមន៍ ។
- ជំងឺវិកលចរិកបង្កដោយមេរោគអេដស៍ (dementia) គឺចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃWHO។

តារាងទី២០-១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺវិកលចរិក ពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺអេដស៍

១ .ការខូចខាតសរសៃប្រសាទវិញ្ញាណ វិវត្តន៍ទៅរកការបាត់បង់ការចងចាំ ពិបាកផ្តោតអារម្មណ៍ វង្វេងស្មារតី និងការគិតយឺត (slowing of thought)។
២ .រោគសញ្ញាចលករ (Motor symptoms) បាត់បង់លំនឹង ភាពល្ងង់ល្ងៅ (clumsiness) ប្តូររូបរាងអក្សរដែលសរសេរ(change in handwriting) ញ័រដៃ ដំណើរញ័រ(tremor) ដំណើរទ្រេតទ្រោត (unsteady gait) ការនោមឬ ជុះដោយមិនដឹងខ្លួន (incontinence)។
៣ .ផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត ភាពព្រងើយកន្តើយ (Apathy) ដកខ្លួនចេញពីសង្គម ថយចុះការចាប់អារម្មណ៍ទៅនឹងអ្វីដែលកំពុងកើតឡើង និងពីសុខភាពរបស់ខ្លួនឯង។

២០.១ រោគវិនិច្ឆ័យ: HAND ឥឡូវជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផាត់ចោល

រោគវិនិច្ឆ័យបែងចែក

- ការបង្ករោគប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ជំងឺរលាកខួរក្បាលបង្កដោយ CMV ជំងឺរបេង ជំងឺ toxoplasmosis ។
- ជំងឺមហារីកប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ជំងឺមហារីកកូនកណ្តុរ (lymphoma)
- ការខូចមុខងារក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត
- ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬ លក្ខខណ្ឌវិកលចរិកផ្សេងទៀត
- វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ- ឧ. ជំងឺវិកលចរិកបណ្តាលមកពីការផឹកស៊ុរ៉ា
- ការភ្លេចភ្លាំង (កំណត់ដោយការឡើងចុះនៃស្មារតី)
- កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ: វីតាមីន B_{12}
- រោគសញ្ញាជំងឺវិកលចរិកផ្សេងទៀត រួមទាំង ជំងឺសរសៃឈាម (ជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម) ជំងឺភ្លេចភ្លាំង និងជំងឺ Parkinson ។ល។

២០.២ វាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ដូចក្នុងករណីជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ អាចមានសភាពដូចគ្នាជាមួយនឹងជំងឺវិកលចរិក (dementia) (សូមអានជំពូកទី ៤២.សុខភាពផ្លូវចិត្ត) ។

ប្រយោជន៍នៃសាកសួរសំណួរអំពី HAND

- តើអ្នកភ្លេចរឿងអ្វីមួយជាញឹកញាប់ឬទេ?
- តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកមានការយឺតយ៉ាវពេលលើកផែនការសកម្មភាព ឬក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា ឬទេ?
- តើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការផ្តោតអារម្មណ៍ (ឧ. ពេលសន្ទនា ឬពេលបំពេញភារកិច្ច) ឬទេ?
- សួរដៃគូ/គ្រួសារ ប្រសិនបើពួកគេបានកត់សម្គាល់ឃើញចំណុចណាមួយខាងលើនេះ។

ត្រូវធ្វើការពិនិត្យប្រព័ន្ធប្រសាទពេញលេញ និងពិនិត្យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង។

រោគសញ្ញារកឃើញ ពេលពិនិត្យ HAND

- ការយឺតយ៉ាវទាក់ទងនឹងការនិយាយ ចលនាមុខ និងចលនាជាទូទៅ
- ការយឺតយ៉ាវ ពេលធ្វើចលនាសាច់ដុំ
- Hyper-reflexia
- ភាពទន់ខ្សោយកម្លាំងជើងកម្រិតស្រាល
- Impaired tandem gait (កែងជើង - ម្រាមជើង)
- ភាពញាក់ញ័រ(Tremor)

- ឧបករណ៍ត្រូវបានបង្កើតឡើងដែលគេស្គាល់ថា ជញ្ជីងសម្រាប់វាស់វែងកម្រិតនៃជំងឺវិកលចរិក ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍(HDS) ដើម្បីជួយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺវិកលចរិក ទាក់ទងនឹងជំងឺ អេដស៍នេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ រង្វាស់មានដែនកំណត់ អំពី sensitivity និង specificity។

តារាងទី២០-២ រង្វាស់អន្តរជាតិនៃជំងឺវិកលចរិកពាក់ព័ន្ធជាមួយមេរោគអេដស៍ *(IHDS)* [៣៧]

ការចងចាំ -ការចុះបញ្ជី	សូមឱ្យ៥ពាក្យដើម្បីរំលឹកពី (ឆ្កែ មួក សណ្តែក ក្រហម) - និយាយពាក្យនិមួយមួយវិនាទី។ បន្ទាប់មក សួរអ្នកជំងឺពាក្យទាំង៤នេះ ក្រោយពីអ្នកបាននិយាយពាក្យទាំងអស់នោះ។ និយាយពាក្យទាំងនោះម្តងទៀត ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនអាច រំលឹកឡើងវិញនូវពាក្យទាំងនោះភ្លាមៗ។ ចូរប្រាប់អ្នកជំងឺថា អ្នកសូមឱ្យអ្នកជំងឺរំលឹកពាក្យទាំងនេះជាថ្មីម្តងទៀត នៅពេលក្រោយបន្តិច។	
១. ល្បឿននៃចលករ (Motor Speed):	ឱ្យអ្នកជំងឺប៉ះម្រាមដៃពីរដំបូងនៃម្រាមដៃដែលមិនលេចធ្លោ ឱ្យបានទូលំទូលាយ និងឱ្យបានលឿនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។	៤ = ១៥ ក្នុង៥វិនាទី ៣= ១១-១៤ ក្នុង៥ វិនាទី ២= ៧-១០ ក្នុង៥ វិនាទី ១= ៣-៦ ក្នុង៥ វិនាទី ០= ០-២ ក្នុង៥ វិនាទី
២. ល្បឿននៃចលករផ្លូវចិត្ត (Psychomotor Speed)	ឱ្យអ្នកជំងឺធ្វើចលនាមួយចំនួនដូចខាងក្រោមនេះ ជាមួយនឹងដៃមិនមែនជាការលេចធ្លោ ឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមដែលអាចធ្វើបាន៖ ១) ក្តាប់ដៃឱ្យណែន ទីមួយនៅលើផ្ទៃរាបស្មើ។ ២)ដាក់ដៃលើផ្ទៃរាបស្មើជាមួយនឹងបាតដៃចុះក្រោម។ ៣) ដាក់កែងទៅនឹងផ្ទៃរាបស្មើ នៅលើផ្នែកម្ខាងនៃខ្នង់ម្រាមដៃទី៥។ ធ្វើបង្ហាញអ្នកជំងឺ និងឱ្យអ្នកជំងឺបង្ហាញពីរដង។	៤= ៤ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ៣=៣ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ២=២ sequences ក្នុង១០ វិនាទី ១ =១ sequence ក្នុង១០ វិនាទី ០ = មិនអាចធ្វើបាន
៣. ការចងចាំ-ការរំលឹកឡើងវិញ (Memory-Recall)	សូមឱ្យអ្នកជំងឺរំលឹកពាក្យទាំងបួន។ ចំពោះពាក្យដែលមិនបានរំលឹក សូមឱ្យតម្រុយ ឬគន្លឹះដល់អ្នកជំងឺ (semantic) ដូចខាងក្រោម: សត្វ (សត្វឆ្កែ) សម្លៀកបំពាក់ណាមួយ (មួក) បន្លែ(សណ្តែក) ពណ៌(ក្រហម)	ឱ្យ ១ ពិន្ទុសម្រាប់ការរំលឹកពាក្យនិមួយៗដោយឯកឯង និងផ្តល់ ០,៥ ពិន្ទុសម្រាប់ចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវបន្ទាប់ពីបានជួយឱ្យតម្រុយជា គន្លឹះ។ ពិន្ទុអតិបរមាគឺ - ៤ ពិន្ទុ។
ពិន្ទុកសរុបនៃមាត្រដ្ឋានអន្តរជាតិនៃការវាស់វែងជំងឺវិកលចរិកទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាការបូកពិន្ទុសរុបពីប្រធាន ១-៣។ ពិន្ទុអតិបរមាគឺ១២។ អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលមានពិន្ទុ ≤ ១០ ត្រូវតែ វាយតម្លៃបន្ថែមទៀតអំពីលទ្ធភាពនៃកើតមានជំងឺវិកលចរិក(dementia)។		

[៣៧] ការបោះពុម្ពឡើងវិញពី Sacktor NC, Wong M, Nakasujja N, et al. មាត្រដ្ឋាន អន្តរជាតិនៃ HIV Dementia:តេស្តថ្មីរហ័សសំរាប់រុករក HIV Dementia។ AIDS 2005;19:1367-1374

២០.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ

- តេស្ត Syphilis– RPR,
- ពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម-BSL.
- តេស្តមុខងារក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត(Thyroid) Vitamin B_{12}
- ពិចារណាក្នុងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង និងធ្វើ CT scan (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន) ដើម្បីផាត់ចោលជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។

២០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ឱ្យបានឆាប់បំផុត (ជាទូទៅការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍បានល្អ);
    - ចូរពិចារណាការចាប់ផ្តើម ឬផ្លាស់ប្តូរពីឱសថ EFV ទៅឱសថ NVP បើសិនជាមានការផ្តល់យោបល់ថា ឱសថ EFV មានផលប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ។ លើសពីនេះទៅទៀត ឱសថ NVP មានការជ្រៀបចូលក្នុងប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាលបានល្អ ។

- ធានាឱ្យមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាលឱ្យបានល្អនូវការមានជំងឺច្រើនរួមគ្នា ក្នុងពេលតែមួយ (comorbidities) - ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។
- ស្រង់បញ្ជីសមាជិកក្រុមគ្រួសារអ្នកជំងឺ ដែលជួយគាំទ្រអ្នកជំងឺក្នុង៖
    - ការលេបឱសថឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ រួមទាំងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
    - ផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានសមស្រប
    - បរិដ្ឋានមានសុវត្ថិភាព (ពិចារណាទាំង អគ្គិសនី ចរាចរ)
- ផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺកុំឱ្យសេពសុរាច្រើន ឬឱ្យពិសារគ្រឿងស្រវឹងតិចតួចបំផុត ។

ជំពូក ២១. ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (Peripheral Neuropathy)

ជំងឺសរសៃប្រសាទនៅផ្នែកខាងចុង (PN) កើតឡើងជាញឹកញាប់លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ជាពិសេស អ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/ម.ម^{៣} ។

២១.១ មូលហេតុនៃជំងឺ PN

- បង្កដោយមេរោគអេដស៍ខ្លួនឯង
- កង្វះ Vitamin (B6 B១2 thiamine។ល។)
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថផ្សេងៗ រួមទាំង ឱសថ ARVs (d4T ឬ ddi) និងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង(INH)
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ការសេពគ្រឿងស្រវឹងច្រើនពេក ។

២១.២ ការបង្ការជំងឺ PN

- ធានាថា pyridoxine ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺជាប់ជានិច្ច នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ INH។
- ព្យាយាមចៀសវាងការព្យាបាលដោយឱសថ d4T ដែលជាឱសថមួយក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម: ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាល ដោយត្រួតពិនិត្យ glycemy ឱ្យបានល្អ ។
- ផ្តល់យោបល់ឱ្យគ្រប់គ្រងអាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានល្អ និងពិសារគ្រឿងស្រវឹងក្នុងកម្រិតសុវត្ថិភាព ។

២១.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ថយចុះ +/- ប្រែប្រួលនៃ sensation ក្នុងភាពស៊ីមេទ្រី `glove and stocking distribution´ (ជើង និង នៅដៃម្តងម្កាល)។
- "Pins និង needles´ មានអារម្មណ៍ក្តៅ (burning sensation) "ត្រជាក់ជើង" រមួលក្រពើ ។
- អវត្តមាន reflexes កែងជើង និងចុះខ្សោយកម្លាំងកែងជើង/ជើង អាចកើតមានឡើង ។

២១.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ធានា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឱ្យបានត្រឹមត្រូវ (ពិនិត្យនៃភាពស៊ីមេទ្រី)
- ពិនិត្យឱសថដែលបានប្រើ ការសេពគ្រឿងស្រវឹង និងពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម (សូមអាន "ការបង្ការជំងឺ PN" ខាងលើ) និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ។
- ព្យាបាលបំបាត់ការឈឺចាប់ (analgesia)
    - ឱសថ Paracetamol ៥០០ ម.ក្រ–១០០០ ម.ក្រ លេប ៤ដង/ថ្ងៃ ។

- ឱសថ Ibuprofen (ត្រូវប្រយ័ត្ន ករណីមុខងារតម្រងនោមនិងថ្លើម មិនធម្មតា ជំងឺក្រពះពោះវៀន ឬ ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម)។
- ឱសថ Amitriptyline ចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងកម្រិត ២៥ ម.ក្រ នៅពេលយប់ អាចបង្កើនដល់ ៥០ ម.ក្រ ។ (ផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងរោគសញ្ញានៃការចុះសម្ពាធឈាម នៅពេលផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាព(postural hypotension) ។

ជំងឺរលាកថ្លើម បង្កដោយវីរុស និងជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

ជំពូក ២២. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B គឺជាវីរុស DNA ស្ថិតក្នុងគ្រួសារ hepadnavirus។
ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) គឺជាជំងឺមួយក្នុងចំណោមជំងឺដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅក្នុងពិភពលោក និងនៅប្រទេសកម្ពុជា ដែលមានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់ខ្ពស់នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B > ៨% ក្នុងចំណោមប្រជាជនទូទៅ ។

២២.១ ទំនាក់ទំនងរវាង មេរោគអេដស៍ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

- HIV និង HBV មានផ្លូវចម្លងរួមគ្នា
- ការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យជំរុញការវិវត្តន៍ខ្ពស់ នៃអ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទៅរកជំងឺថ្លើមក្រិន(cirrhosis) និងជំងឺមហារីកកោសិកាថ្លើម(hepatocellular carcinoma) និងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជំរុញការវិវត្តន៍លឿនទៅរកជំងឺអេដស៍ និងបណ្តាលឱ្យឆាប់ស្លាប់ ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នាំឱ្យមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នៃការពុលថ្លើមនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថផ្សេងៗ ។
- ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ឱសថមួយចំនួនប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលអាចមានឥទ្ធិពលក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នានៃជំងឺទាំងពីរនេះ។
- ការស្តារឡើងវិញនៃភាពស៊ាំ ក្រោយពេលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនាំឱ្យមាន "flare" នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។

២២.២ ការចម្លង និងការបង្ការការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB គឺឆ្លងតាមឈាមដែលមានវីរុស ឬតាមសារធាតុនៃសារពាងកាយ (ទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលយោនី) ។ វីរុសអាចជ្រៀតចូលទៅក្នុងឈាមតាមរយៈ mucous membranes ឬតាមរយៈស្បែកដាច់រលាត់។

តារាងទី២២-១ ការចម្លង និងការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

ការចម្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B	ការបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
• ជុំវិញកំណើតកូន (Perinatal) ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លង ពី ៣០ –៩០% • តាមការចាក់ទម្លុះស្បែក (Parenteral) – អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន(IDU): ប្រឈមមុខខ្ពស់ខ្លាំងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍	• ការចាក់ថ្នាំបង្ការ – ទារក (↓ ៧០%) – មន្ត្រីសុខាភិបាល – ដៃគូ (ប្តីឬប្រពន្ធ) • អនុវត្តវិធានការបង្ការជាសកល

– គ្រឹះស្ថានថែទាំព្យាបាលៈ • បញ្ចូលឈាម • ដំណើរការវេជ្ជសាស្ត្រ • គ្រោះថ្នាក់ដោយការមុតម្ជុល (~ ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លង ៣០%) – នៅក្នុងផ្ទះៈ • ពីកុមារម្នាក់ទៅម្នាក់ • ច្រាសដុះធ្មេញ ឡាមកោរពុកមាត់។ល។ • ចោះក្រវិលត្រចៀក សាក់លើស្បែក • ការរួមភេទ រួមទាំង ការរួមភេទតាមមាត់។	• ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគលើសឈាម • ស្រោមអនាម័យ • ការប្រុងប្រយ័ត្ននៅក្នុងផ្ទះ

២២.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

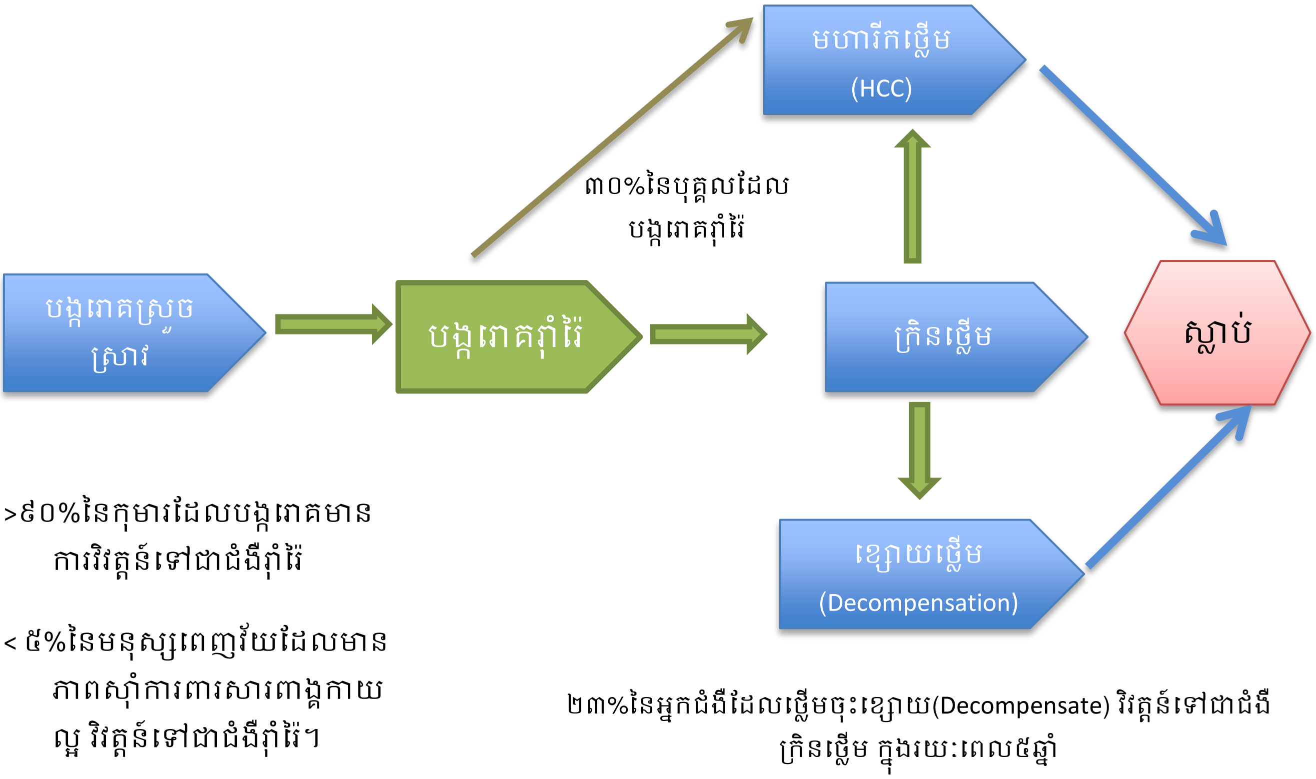
តេស្ត Serology:

- តេស្ត HBsAg វិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា កំពុងមានការបង្ករោគជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។
- បើតេស្ត HBsAg អវិជ្ជមាន ប៉ុន្តែ តេស្ត HBsAb វិជ្ជមាន បញ្ជាក់ថា មានភាពស៊ាំប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បណ្តាលមកពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬ ធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។
- តេស្ត HBcAb វិជ្ជមាន អាចធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬជាមួយ HBsAg វិជ្ជមាន ដោយសារកំពុងតែមានការបង្ករោគ ។
- ការធ្វើតេស្តបន្ថែមទៀត មិនទាន់មាននៅប្រទេសកម្ពុជាទេ រួមទាំងតេស្ត HBeAg (active replication និង high infectivity) តេស្ត HBeAb និងតេស្ត HBV DNA Viral Load។ ការធ្វើតេស្តទាំងអស់នេះ អាចជួយក្នុងការវាយតម្លៃពីដំណាក់កាលនៃជំងឺដែលមានសារៈសំខាន់ក្នុងការកំណត់ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B លើអ្នកជំងឺដែលមានតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B តែឯកឯង។

២២.៤ រោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងប្រវត្តធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ស្រួចស្រាវ

រយៈសម្ងំ: ១០សប្តាហ៍ (ស្ថិតក្នុងចន្លោះ ៤– ២៦សប្តាហ៍)

រូបភាពទី២២-១   ការវិវត្តិន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដែលមិនបានព្យាបាល



ដំណាក់កាលទាំងបួននៃការបង្ករោគដោយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ [៣៨]

១. ការទ្រាំទ្រនៃភាពស៊ាំ (Immune tolerance): មានសកម្មភាព/ឆ្លើយតបតិចតួចរបស់ភាពស៊ាំប្រឆាំងវីរុស។

- ពេលដែលការបង្ករោគជាច្រើនទសវត្សតាំងពីនៅវ័យកុមារ ភាគច្រើននៃជំងឺនេះ មិនបានកើតឡើងទេ ឬបាត់ទៅវិញនៅពេញពេញវ័យ ។
- តេស្ត ALT ធម្មតា តេស្ត HBeAg វិជ្ជមាន តេស្ត viral load (HBV DNA) ខ្ពស់ ។

២. ការលាងសំអាតដោយភាពស៊ាំ (Immune clearance):

- ការឡើងចុះនៃ ALT និងកម្រិត HBV DNA
- ៥%-១០% ក្នុងមួយឆ្នាំៗ មាន seroconvert ពី HBeAg → HBe Ab ដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងការ ↓↓ HBV VL។

៣. ការត្រួតពិនិត្យដោយភាពស៊ាំ (Immune control): វីរុសគ្មានការបំបែកខ្លួន (រយៈពេលសម្ងំ)។

- តេស្ត HBeAg អវិជ្ជមាន តេស្ត HBV DNA ទាប ឬ undetectable តេស្ត ALT ធម្មតា។
- កាលពីគេហៅថា "ភ្នាក់ងារផ្ទុកមេរោគ" ក៏ប៉ុន្តែ វីរុសដែលសម្ងំនេះ អាចនឹងសកម្មឡើងវិញ។

---

[៣៨] សូមមើល គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ ការបង្ការ, ការថែរក្សា និងការព្យាបាល អ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ។ អង្គការសុខភាព ពិភពលោក ខែមិនាឆ្នាំ២០១៥។

៤. ការគេចខ្លួននៃភាពស៊ាំ (Immune escape): ការមានសកម្មភាពឡើងវិញ។

- ការមានសកម្មភាពឡើងវិញដោយឯកឯងអាចនឹងកើតឡើង ២០%នៃបុគ្គលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាល ត្រួតពិនិត្យដោយភាពស៊ាំ ។
- តេស្ត HBeAg អវិជ្ជមាន តេស្ត HBcAb វិជ្ជមាន តេស្ត VL detectable (ជាទូទៅ មានចំនួនមេរោគខ្ពស់)។

រោគសញ្ញាក្រៅថ្លើមនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានការពាក់ព័ន្ធជាមួយចរាចរនៃ Ag-Ab immune complexes → ការរលាក:

- ឈឺសន្លាក់ដៃជើង (Arthralgia) និងរលាកសន្លាក់ដៃជើង(arthritis)
- Purpuric cutaneous lesions (leukocytoclastic vasculitis)
- Glomerulonephritis
- Polyarteritis nodosa (small/medium vessel vasculitis: ស្បែក ភ្នែក តម្រងនោម បេះដូង ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ល។)

២២.៥ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B

- ឆ្លងពីម្តាយទៅកូន: អត្រាឆ្លង ១០% -៩០% (អាស្រ័យតាម DNA VL)
  - ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ចំពោះកុមារក្នុងកំឡុង២៤ម៉ោង ក្រោយពេលកើត នាំឱ្យកាត់បន្ថយការចម្លងបាន ៧០%។
  - បន្ថយការចម្លងរោគបន្ថែមទៀត ក្នុងករណី ដែលស្ត្រីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស។
  - គ្មានការណែនាំឱ្យធ្វើការវះកាត់ស្បូនយកកូនទេ(caesarean section) ។
  - គ្មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីឆ្លងតាមទឹកដោះម្តាយទេ (ទោះបីជា ការយកទឹកដោះម្តាយ ទៅធ្វើ តេស្ត HBsAg និងតេស្ត HBV DNA មានលទ្ធផល detectable ក៏ដោយ) ។
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវតាមដានឱ្យបានជិតដល់ អំពីការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ ។
- តាមដានជំងឺរលាកថ្លើមរហូតដល់ ៦ សប្តាហ៍ ក្រោយពេល សម្រាលកូនរួច (ជាពិសេស ករណីមិនបានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស) ។

២២.៦ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងមេរោគអេដស៍

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងមេរោគអេដស៍ • ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកើតតែជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានតែការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងវីរុស នាំឱ្យមានការលាងសំអាតវីរុសដោយភាពស៊ាំ (immune clearance) និងដំណាក់កាលនៃការភាសខ្លួននៃភាពស៊ាំនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលដែលមានការប្រឈមមុខនឹងការវិវត្តទៅជំងឺក្រិនថ្លើម និងជំងឺមហារីកថ្លើម ។ អ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណាក់កាលទាំងពីរនេះ ត្រូវតាមដានក្នុងរយៈពេលពី ៦ –១២ខែ ដោយធ្វើតេស្ត VL HBV និង តេស្តមុខងារថ្លើម ។ • លំបាកក្នុងការវាយតម្លៃ ដោយសារ តេស្តទាំងនេះ មិនទាន់អាចធ្វើបាននៅក្នុងប្រទេស ។ • ទោះយ៉ាងណា ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មួយចំនួនដែលយកមកព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ក៏មានប្រសិទ្ធភាពប្រឆាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (TDF និង 3TC) ផងដែរ ។ បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់នឹងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ TDF + 3TC នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ហើយការព្យាបាលនេះនឹងគ្របដណ្តប់ការបង្ករោគរួមគ្នារជាមួយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។ • វាជាការសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថ TDF + 3TC ត្រូវតែបន្តការព្យាបាលដោយឱសថទាំងពីរនេះ បើទោះបី មានការផ្លាស់ប្តូរទៅព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ ក៏ដោយ ។ • បើគ្រាន់តែប្រើឱសថតែមួយមុខ ក្នុងចំណោមឱសថទាំងពីរនេះ (ជាពិសេស 3TC) វានឹងវិវត្តន៍ទៅរកភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ។ ហេតុនេះ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ស្តង់ដារសម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលបានបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងជំងឺអេដស៍នេះ គឺ AZT + 3TC + TDF+ ATV/r ។ • តេស្ត HBsAg នឹងត្រូវធ្វើ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ទោះជាយ៉ាងណា វាមិនចាំបាច់ក្នុងការធ្វើតេស្តនេះជាប្រចាំ នៅពេលដែលអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ដែលមានឱសថ TDF នោះទេ។ • ទោះបីជាយ៉ាងណា ការធ្វើតេស្ត HBsAg គឺមានសារៈសំខាន់ បើសិនជាមានការពិចារណាក្នុងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅជួរទី២ និងលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលបញ្ជាក់ពីភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើម ។ • សូមអានជំពូកទី២៤ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ។

ជំពូក ២៣. ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C (HCV) បណ្តាលមកពីវីរុស RNA ស្ថិតនៅក្នុងគ្រួសារនៃវីរុស flavivirus។ HCV genotypes ១–៦ លេចចេញនូវរោគសញ្ញាគ្លីនិកខុសគ្នា និងការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ក៏ខុសគ្នាដែរ ។

២៣.១ ទំនាក់ទំនងរវាងជំងឺអេដស៍ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ភាគច្រើនឆ្លងតាម ការចាក់ទម្លុះស្បែក និងជាញឹកញាប់កើតឡើង ចំពោះអ្នកចាក់គ្រឿងញៀន ។
- ទោះយ៉ាងណា ហានិភ័យនៃការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ និងឆ្លងពេលសម្រាលកូន គឺមានកម្រិតខ្ពស់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ជាជាងអ្នកគ្មានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។
- ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងមេរោគអេដស៍ បណ្តាលឱ្យមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការវិវត្តន៍ពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម និង ជំងឺមហារីកកោសិកាថ្លើម ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C បង្កើនហានិភ័យនៃការពុលថ្លើមជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងឱសថដទៃទៀត ។

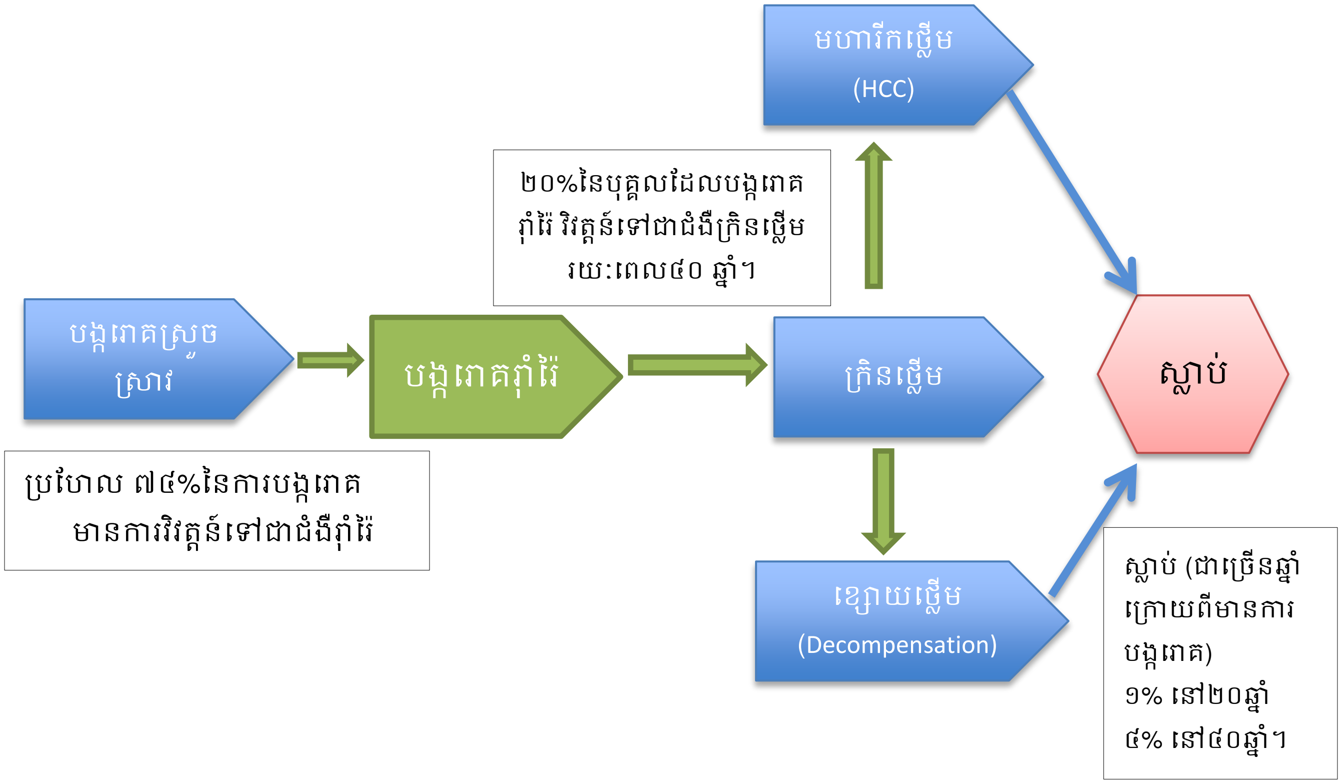
២៣.២ ការចម្លងនៃ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងការបង្ការការចម្លង

- គ្មានវ៉ាក់សាំងសម្រាប់ចាក់បង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទេ ហើយការបង្ការការចម្លង គឺត្រូវពឹងផ្អែកលើការអនុវត្តន៍វិធានការបង្ការជាសកល ការពិនិត្យឈាមនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល យុទ្ធសាស្ត្រកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃគ្រឿងញៀន ដោយផ្តោតលើការចាក់គ្រឿងញៀន ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរម្ជុល សឺរ៉ាំង និងសម្ភារៈប្រើប្រាស់ក្នុងគ្រួសារ ដូចជា មិនត្រូវប្រើប្រាស់ឡាមកោរពុកមាត់ ឬ ច្រាសដុសធ្មេញរួមគ្នា ។
- ការចម្លងតាមផ្លូវភេទ គឺជាករណីកំរ ប៉ុន្តែភាគច្រើននៃអ្នកដែលការឆ្លងជំងឺទាំងពីរនេះគឺបណ្តាល មកពីការប៉ះពាល់ឈាម ហើយត្រូវអប់រំឱ្យប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ជាប់ជានិច្ច ។
- ការឆ្លងជុំវិញពេលសម្រាលកូន គឺ ~៥% ចំពោះស្ត្រីដែលគ្មានមេរោគអេដស៍។

២៣.៣ ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក

រយៈពេលសម្ងំនៃ HCV: ៧សប្តាហ៍ (ចន្លោះពី ២ –២១សប្តាហ៍) ។

រូបភាពទី២៣-១ ការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលមិនបានព្យាបាល



ការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C ស្រួចស្រាវ ជាញឹកញាប់គ្មានរោគសញ្ញា និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃ ជាញឹកញាប់នៅតែគ្មានរោគសញ្ញាអស់រយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំ។ បន្ទាប់ពី ពីឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃជាច្រើនឆ្នាំ អ្នកជំងឺអាចវិវត្តន៍ទៅជំងឺក្រិនថ្លើម មហារីកថ្លើម និងថ្លើមចុះខ្សោយ។ ការលេចចេញរោគសញ្ញានៅក្រៅថ្លើមនៃការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C រ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន រោគសញ្ញាលើស្បែក ដូចជា រោគសើស្បែក porphyria cutanea tarda និងរមាស់ vasculitic rashes បានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយ cryoglobulinaemia ។ លេចចេញផងដែរនូវ rheumatological conditions និងការហូរឈាមមិនប្រក្រតី និង វិបត្តិក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត ។

២៣.៤ រោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C

- អង់ទីករជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C នៅតែ វិជ្ជមាន នៅគ្រប់អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគដោយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ទាំងអស់ បើទោះជា វីរុសនេះត្រូវបានជម្រះដោយឯកឯង ឬ ដោយសារការព្យាបាលក៏ដោយ។
- ការធ្វើតេស្ត RNA នៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C គឺជាការចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលកំពុងបង្ករោគរ៉ាំរ៉ៃ និងដើម្បីតាមដានការព្យាបាល ។

២៣.៥ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និង ជំងឺអេដស៍

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C និងជំងឺអេដស៍

- ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលជាមួយឱសថ interferon ជាមូលដ្ឋាន ដែលមានការលំបាកយ៉ាងខ្លាំងក្នុងការទ្រាំទ្រ និងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលនៅមានកម្រិត ។
- ការរកឃើញរូបមន្តព្យាបាលតាមស្តង់ដារថ្មី គឺជាភ្នាក់ងារប្រឆាំងវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទCថ្មីដែលគេស្គាល់ថា ជាភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់ (DAA) និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ភាពទ្រាំទ្របានល្អ រួមផ្សំទាំងការព្យាបាលដោយថ្នាំលេប រយៈពេលព្យាបាលពី ៨-២៤ សប្តាហ៍ ។
- ភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់(DAA)នេះ បានកំណត់គោលដៅប្រឆាំង genotype ជាក់លាក់ ឬប្រឆាំង genotype Pan ហើយភ្នាក់ងារនេះមានក្នុងឱសថរួមបញ្ចូលកម្រិតដូសគ្នា ផងដែរ។
- រូបមន្តព្យាបាលថ្មីមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ និងមានភាពទ្រាំទ្របានល្អ ក្នុងការព្យាបាលការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ។
- ភ្នាក់ងារដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងវីរុសដោយផ្ទាល់(DAA) អាចរកបាននៅទូទាំងពិភពលោក រួមទាំង protease inhibitors Simepravir និង Paritaprevir NS5A inhibitors នោះ Ledipasvir Ombitasvir Daclatasvir និង NS5B inhibitors Sofosbuvir និង dasabuvir។
- ប្រទេសកម្ពុជា នឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តន៍គម្រោងសាកល្បងនៅខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៦ អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ។ គេរំពឹងទុកថា ប្រទេសកម្ពុជា អាចនឹងទទួលបានឱសថ DAA និងតេស្ត viral load សម្រាប់តាមដានការព្យាបាលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ។
- គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការវាយតម្លៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C បរិយាយនៅជំពូកទី៥១.ឧបសម្ព័ន្ធ: គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C។
- គោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការបង្ករោគរួមគ្នា រវាងជំងឺអេដស៍ និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដោយប្រើប្រាស់ឱសថ DAA នឹងត្រូវបានអនុម័ត ហើយជាឧបសម្ព័ន្ធនៃគោលការណ៍នេះ ។
- សូមអានជំពូកទី២៤ ជំងឺថ្លើមពុំរ៉ៃ។

ជំពូក ២៤. ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

ការវាយតម្លៃនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ គឺដូចគ្នា ទោះបីជា ជំងឺថ្លើមនោះបង្កដោយជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រភេទ C ឬ ដោយសារការសេពគ្រឿងស្រវឹង ក៏ដោយ ។

២៤.១ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ: រោគសញ្ញាជំងឺថ្លើមស្រួចស្រាវនិងរ៉ាំរ៉ៃ និងលេចចេញរោគសញ្ញាក្រៅថ្លើម ។
- ការពិនិត្យរោគសញ្ញាគ្លីនិក: រោគសញ្ញាជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ + ខ្សោយថ្លើម ។

២៤.២ ការវាយតម្លៃតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

សម្គាល់នៃភាពធ្ងន់ធ្ងរជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

- តេស្ត ALT:
  - ជាប់ទាក់ទងគ្នាមួយចំនួន ជាមួយការរលាក
  - មិនសូវជាប់ទាក់ទងគ្នា ជាមួយជំងឺ fibrosis
- សមាមាត្របញ្ច្រាស់គ្នានៃ AST/ALT ratio (AST > ALT)
- ផ្លាកែត ចុះទាប (សម្ពាធ portal កើនឡើង + អណ្តើករីកធំ)
- អាល់ប៊ុយមីនចុះទាប (មុខងារសំយោគ)
- ពេលវេលា prothrombin កើនឡើង (PT) (អនុគមន៍សំយោគ)
- direct bilirubin ឡើងខ្ពស់ (មុខងារ secretory)
- របួសថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ អាចចង្អុលបង្ហាញ ប្រសិនបើ ALT ធ្លាក់ចុះ និង bilirubin កើនឡើង។
- ខណៈដែលការធ្វើ biopsy ត្រូវបានធ្វើដើម្បីវាយតម្លៃពីកម្រិត hepatic fibrosis ការធ្វើតេស្តដោយមិនចាំបាច់ចាក់ទម្លុះស្បែក រួមមាន តេស្ត Elastography (Fibro-ស្កេន) បានបំពេញតួនាទីនេះកាន់តែច្រើនឡើង ។

២៤.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

តារាងទី២៤-១ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលវិបាកជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទូទៅនៃផលវិបាកជំងឺរលាកថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្តាលមកពីមូលហេតុផ្សេងៗ (រួមមាន ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រភេទ C និង សេពគ្រឿងស្រវឹង)
• ចៀសវាងប្រើឱសថពុលថ្លើម (ឧ. NSAIDS និងឱសថបុរាណ)
• ឈប់ ឬ សេពគ្រឿងស្រវឹងក្នុងកម្រិតអប្បបរិមា
• របបអាហារផ្តល់សុខភាព: អំបិលតិច + ខ្លាញ់ឆ្អែត បរិមាណប្រូតេអ៊ីនសមស្រប (១–១,៥ ក្រ/គ.ក្រ ទម្ងន់ខ្លួន/ថ្ងៃ) បន្លែ ផ្លែឈើ សូមអាន តារាងទី ២-៥ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការ និង

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង។

- ព្យាបាលមូលហេតុ (ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រភេទ C) ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ Ascites

- កំណត់របបអាហារមានជាតិអំបិល និងទឹក ឧ.ផឹកទឹកក្នុងកម្រិត ១- ១,៥ លីត្រ/ថ្ងៃ
- សម្រាកស្ងៀម (លើគ្រែ) បើលើសជាតិទឹក
- ប្រើឱសថ Diuretic: ជ្រើសរើស spironolactone កម្រិតដូស: ២៥–២០០ម.ក្រ /ថ្ងៃ
- +/- furosemide កម្រិតដូសទាប (តម្រូវឱ្យបន្ថែម K^+)
- តាមដានការព្យាបាលដោយប្រុងប្រយ័ត្ន:
  - រោគសញ្ញាគ្លីនិក: សម្ពាធឈាម (ពេលសម្រាក + ពេលឈរ) ជីពចរ ទម្ងន់ខ្លួន ការហើមនៅផ្នែកចុង (peripheral oedema) សរសៃឈាមបេះដូង (CVS) ទាចទឹក
  - ពិនិត្យអមគ្លីនិក: K^+ Na^+ Creatinine albumin
- បង្ហូរទឹក ascites ចេញ ប្រសិនបើចាំបាច់
- ជាញឹកញាប់ ↑ extravascular volume ប៉ុន្តែ ↓ intravascular volume ដូច្នេះ គឺមានការប្រឈមមុខនឹងចុះខ្សោយតម្រងនោម ជាពិសេស នៅពេលបញ្ចុះទឹកនោម (diuresis) និងបង្ហូរទឹក ascites ចេញច្រើនពេក ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរលាកស្រោមពោះបង្កដោយបាក់តេរីដោយឯកឯង (Spontaneous bacterial peritonitis (SBP)

- ជាទូទៅទាក់ទងនឹងការខូចមុខងារថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ
- សង្ស័យ ascites គឺ ↑គ្រុនក្តៅ ឈឺពោះ និង tenderness encephalopathy
- ការព្យាបាល: ascitic tap - WCC > ៥០០/ម.ម៣ +/ឬ neutrophil > ២៥០/ម.ម៣
- មេរោគរោគបង្កហេតុ ជាញឹកញាប់គឺ ពពួក enteric Gram-negative bacilli ឧ. E coli + ប្រសិនបើព្យាបាលបង្ការ គឺបណ្តាលមកពីពពួក streptococcal ឬ enterococcus ។
- ការព្យាបាល: ceftriaxone ១g ចាក់ IVI រាល់ថ្ងៃ + បើទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ antibiotic ត្រូវបន្ថែម amoxicillin/ ampicillin ១ក្រ ចាក់ IV រាល់ ៦ម៉ោង/ម្តង ។
- ព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole ១ DS លេបរាល់ថ្ងៃ បើ:
  - ហូរឈាមតាមបំពង់អាហារ (GIT bleeding)
  - ascitic protein ទាប (< ១០ក្រ /ល)
  - ធ្លាប់មាន episode of SBP ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ portal hypertension

- ជារួម អ្នកជំងឺក្រិនថ្លើមទាំងអស់ ត្រូវធ្វើ endoscopy ដើម្បីពិនិត្យរកមើល varices និងប្រសិនជាមាន varices ត្រូវ:
- ព្យាបាល oesophageal varices (ឧ. ចងភ្ជិត (banding) ឬ sclerosis)
- Non selective beta-blocking agents ដើម្បីបន្ថយ portal pressure (propranolol)។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺ portal systemic encephalopathy

• ពិនិត្យរកមើលមូលហេតុ: ជំងឺមហារីកថ្លើម ជំងឺ SBP ជំងឺខ្សោយតម្រងនោម ។ល។
• ប្រសិនជាធ្ងន់ធ្ងរ (កម្រិតទី៣ ឬ ទី៤)
  • បញ្ឈប់ការផ្តល់ជាតិ protein រយៈពេល ២៤–២៨ ម៉ោង បន្ទាប់មកបង្កើនបន្តិចម្តងៗ រហូតដល់កម្រិតធម្មតាវិញ ។
  • ព្យាបាលសាកស្បូងប្រឆាំង sepsis ដោយប្រើប្រាស់ឱសថ ceftriaxone ១ក្រាម ចាក់ IVI /រាល់ថ្ងៃ។
• រក្សាការបំពេញជាតិទឹក និង electrolyte ឱ្យមានតុល្យភាព។
• Lactulose ដើម្បីលាងសម្អាតពោះវៀនធំ និងការប្រែប្រួលមេតាបូលីសជាតិអាម៉ូនីញាក់ និង ការសាយភាយ ។
• ប្រើប្រាស់កម្រិតដូស ឱ្យអ្នកជំងឺបន្ទោរបង់លាមកទន់ ២ដង/ថ្ងៃ និងបន្តប្រើប្រាស់កម្រិតដូសនេះក្នុងរយៈពេលយូរ។

លក្ខខណ្ឌនៃជំងឺក្រពះ - ពោះវៀន

ជំពូក ២៥. ជំងឺមាត់ធ្មេញ

- សុខភាពមាត់ធ្មេញ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ដើម្បីឱ្យអ្នកជំងឺទទួលទានបានគ្រប់គ្រាន់នូវអាហារូបត្ថម្ភ មានគុណភាពនៃជីវិត និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
- មាត់គឺជាកន្លែងដែលបង្ករោគជាញឹកញាប់ ចំពោះអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទៅតាមដំណាក់កាលគ្លីនិក ៖ ចំពោះអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៣ នៃ WHO: ជំងឺ candidiasis នៅមាត់ និងជំងឺ oral leukoplakia (OHL) និង អ្នកជំងឺដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO រួមមាន ជំងឺ candidiasis នៅបំពង់អាហារ ជំងឺ HSV> ១ខែ និងជំងឺ KS មាត់ ។

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យអនាម័យមាត់ធ្មេញ ដូចខាងក្រោម៖

- ដុសធ្មេញទៀងទាត់(មិនត្រូវប្រើប្រាស់ច្រាសដុសធ្មេញរួមគ្នា)និងប្រើប្រាស់អំបោះអនាម័យធ្មេញ។
- លាងសំអាតមាត់ ដោយ (ប្រើសូលុយស្យុងដោយលាយ ទឹកសូដាមួយស្លាបព្រាកាហ្វេ អំបិលមួយស្លាបព្រាការហ្វេ និងទឹកក្តៅអ៊ុនៗ ២៥០ម.ល) ដើម្បីជួយបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា និងអនាម័យមាត់ធ្មេញ។
- ការពិនិត្យធ្មេញនៅពេលមានជំងឺអញ្ចាញធ្មេញ ឬ ធ្មេញបែកប្រហោង។

ជំងឺមាត់ធ្មេញលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍
ជំងឺរលាកអញ្ចាញធ្មេញ (Gingivitis) និងបង្ករោគធ្មេញ ជំងឺរលាកអញ្ចាញធ្មេញ អាចបណ្តាលឱ្យបាក់ធ្មេញ និងឈឺចាប់ខ្លាំង ។ ពិនិត្យរោគសញ្ញា រកឃើញ ដង្ហើមស្អុយខ្លាំង អញ្ចាញធ្មេញពណ៌ក្រហម និងរលួយ ។ គ្រប់គ្រងព្យាបាល: លាងសំអាតមាត់ + លេប metronidazole ៥០០ ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ ឬលេប clindamycin ៤៥០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ ឬលេប amoxicillin – clavulanate ៨៧៥/១២៥ម.ក្រ រាល់ ១២ម៉ោង/ម្តង ។ បូសធ្មេញ ត្រូវដោះបើកផ្លូវបង្ហូរខ្ទុះចេញ និងបង្ករោគបណ្តាលឱ្យរលួយធ្ងន់ធ្ងរ (Vincent's Angina, Norma, Cancrum oris) តម្រូវឱ្យធ្វើការវះកាត់យកជាលិការលួយចេញជាបន្ទាន់ ។
ជំងឺ candidiasis នៅមាត់: មានជំងឺ candidiasis នៅមាត់ជានិច្ចជាកាល= ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣នៃWHO **រោគសញ្ញាគ្លីនិក** រោគសញ្ញាគ្លីនិក: ឈឺចាប់ ពិបាកបរិភោគអាហារ ការពិនិត្យ: មានស្នាមបន្ទះពណ៌សគ្រប់កន្លែងក្នុងមាត់ ហើយកន្លែងខ្លះរលាត់ចេញ (អាចចេញឈាម) ។ ការឡើងប្រាំងអណ្តាតតែឯកឯង ជាទូទៅ មិនមែនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគដោយ candida ទេ ដូច្នេះត្រូវពិនិត្យមើលក្រអូមមាត់ខាងលើ និងជុំវិញអញ្ចាញធ្មេញ និងពិនិត្យមើលផងដែរនូវភាព "atrophic" thrush ដោយមានការឡើងពណ៌ក្រហម ប៉ុន្តែឡើង little plaque និង មានangular stomatitis ផងដែរ ។ **រោគវិនិច្ឆ័យ:** ជាទូទៅ ទាក់ទងនឹងប្រវត្តិរោគសញ្ញាគ្លីនិក និង ការលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ បើមានលទ្ធភាព ត្រូវពិនិត្យ fungal microscopy បណ្តុះមេរោគ និងធ្វើតេស្ត sensitivity ករណី រោគ

សញ្ញាគ្លីនិកមានភាពមិនច្បាស់លាស់(atypical) ឬ ការព្យាបាលគ្មានប្រសិទ្ធភាព។

ការព្យាបាលស្តង់ដា (៧ថ្ងៃ)

Local application of gentian violet, ១% aqueous solution ២ដង/ថ្ងៃ ឬ

Miconazole ២% gel ឬ gum patch ១ដង/ថ្ងៃ ឬ

Nystatin pessary, ១០០ ០០០ IU, លេប៤ដង/ថ្ងៃ ឬ

Nystatin oral solution ១–២ ម.ល លាបបង្វិលជុំវិញមាត់ ៥ដង/ថ្ងៃ ឬ

Nystatin គ្រាប់ ឬ amphotericin lozenges sucked ៤ដង/ថ្ងៃ។

ការព្យាបាលជម្រើស

Fluconazole ១០០mg លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ/មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយការលាបថ្នាំ) ។

ជំងឺ Oral hairy Leukoplakia (OHL)

បណ្តាលមកពីវីរុស Epstein –Barr កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។ លេចចេញរោគសញ្ញាជាក់លាក់ រៀងជាបន្ទាត់ត្រង់ពណ៌សនៅគែមអណ្តាត។ មិនចាំបាច់ព្យាបាលទេ វានឹងបាត់ទៅវិញនៅពេលអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគអេដស៍ ។

ជំងឺ Kaposi's sarcoma (ករណីកំរនៅកម្ពុជា)

ហើមពណ៌ស្វាយលើក្រអូមមាត់ខាងលើ ឬគែមអញ្ចាញធ្មេញ អាចជាការបង្ហាញពីការពាក់ព័ន្ធជាមួយជំងឺសួត ឬជំងឺប្រដាប់រំលាយអាហារ ។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល រួមបញ្ចូលទាំងការចាប់ផ្តើមដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាម និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ ដើម្បីពិចារណាអំពីការព្យាបាលដោយ chemo /ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម ។

ជំងឺ Angular stomatis

បណ្តាលមកពី candida ឬ bacteria លេចចេញរោគសញ្ញា ដូចជា ការឈឺចាប់នៅជ្រុងមួយនៃ មាត់។ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល: antifungal cream ឬ gel ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ និង/ឬ topical antibacterial

---

ជំបៅមាត់ (Oral ulcers) បណ្តាលមក **HSV**: ដំបៅរាក់តែឈឺចាប់ខ្លាំង ជាញឹកញាប់មានច្រើន។ បើដំបៅរីករាលដាល/ត្រូវព្យាបាលសារឡើងវិញជាមួយឱសថ acyclovir ៤០០ ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ។

ជំងឺ Syphilis chancre ជាទូទៅមិនឈឺចាប់។ ពិនិត្យតេស្ត RPR ប៉ុន្តែវាត្រូវការពេលវេលា មុននឹងកើនឡើង។ ដូច្នេះ បើវាមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា ត្រូវព្យាបាលជាមួយឱសថ Benzathine Penicillin ២,៤ million units ចាក់ IMI តែម្តងគត់ (អាចព្យាបាលជំនួសដោយ doxycycline ១០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ)។

ជំងឺ Syphilis mucous patches: អាចមើលឃើញក្នុងមាត់អ្នកជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី២ (secondary syphilis) តេស្ត RPR ឡើងខ្ពស់ ត្រូវព្យាបាលដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺស្វាយដំណាក់កាលទី១ ដែរ។

ជំបៅមាត់: Apthous ulcers – ជាញឹកញាប់ឈឺចាប់ខ្លាំង មិនដឹងមូលហេតុ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល: លាងសម្អាតមាត់ធ្មេញ និងប្រើប្រាស់ឱសថ steroid (Prednisolone ៥ ម.ក្រ កិនកំទេច និងរោយពីលើកន្លែងរបួស ។ ម្តងម្កាល ឱ្យលេប steroids បើអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងមានការប៉ះពាល់លើបំពង់អាហារ ។

ជំពូក ២៦. ឈឺចាប់ពេលលេបអាហារ (Odynophagia)

Odynophagia គឺជាការឈឺចាប់ក្នុងបំពង់ករពេលលេប និងឈឺចាប់នៅដំបន់ក្រោយសន្ទះទ្រូងពេលលេបអាហារចូល។
Dysphagia : ពិបាកលេប។

ឈឺចាប់ពេលលេប និងការពិបាកលេប បណ្តាលឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ទាំងលើសមត្ថភាពអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដើម្បីរក្សានូវការទទួលទានអាហារូបត្ថម្ភគ្រប់គ្រាន់ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។
បណ្តាលមកពីជំងឺ Oesophageal Candida និងជំងឺ CMV ជំងឺរលាកបំពង់អាហារត្រូវចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។

២៦.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Candida (Candida esophagitis): គឺជាមូលហេតុញឹកញាប់បំផុតនៃការឈឺចាប់ពេលលេប (odynophagia) និងការពិបាកលេប។ រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានធ្វើឡើងលើមូលដ្ឋានប្រវត្តិនៃការឈឺចាប់ពេលលេប និងការពិបាកលេប ។ អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 <២០០ ហើយស្ទើរតែទាំងអស់នៃអ្នកជំងឺ គឺមានផ្សិតនៅក្នុងមាត់ (Oral candidiasis) ដែលអាចមើលឃើញ ។

ជំងឺរលាកបំពង់អាហារបង្កដោយ Herpes (Herpes esophagitis): ជាញឹកញាប់បានផ្សារភ្ជាប់ជាមួយនឹងដំបៅមាត់បង្កដោយ herpetic (គ្រាប់ដុំពកឈឺចាប់) រាលដាលទៅអញ្ចាញធ្មេញ (gingiva) ឬដំបៅនៅស្បែកបង្កដោយ herpes នៅតាមគែមមាត់ ។

ជំងឺ CMV: អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរួមមាន គ្រុនក្តៅ ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ ថ្លើមរីកធំ(hepatomegaly) ឬលាមកលាយឈាមកើតឡើងនៅពេលថយចុះភាពស៊ាំខ្លាំង(CD4<៥០កោសិកា/ម.m^3) ។

ជំងឺ Reflux-esophagitis គឺជាទូទៅកើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ជាងទំនងនឹងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាងគេបំផុត: រោគសញ្ញារួមមាន ការឈឺចាប់ក្តៅក្រោយសន្ទះទ្រូងឆ្លាស់គ្នា (intermittent retrosternal burning pain) មាន/គ្មាន ការភើរ (regurgitation) អាចមានការឈឺចាប់ជាប់ជានិច្ច ឬ ការពិបាកលេប គឺជាករណីកំរ ។
មូលហេតុផ្សេងទៀត: ដំបៅ Aphthous ជំងឺ Kaposi sarcoma។ ប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធប្រសា ឧ. ដោយសារមានជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke)ឬជំងឺខួរក្បាលបង្កដោយមេរោគអេដស៍(HIV encephalopathy) អាចបង្កឱ្យមានការលំបាក (ប៉ុន្តែគ្មានការឈឺចាប់) នៅពេលលេប។

២៦.២ ការព្យាបាលជំងឺរលាកបំពង់អាហារ

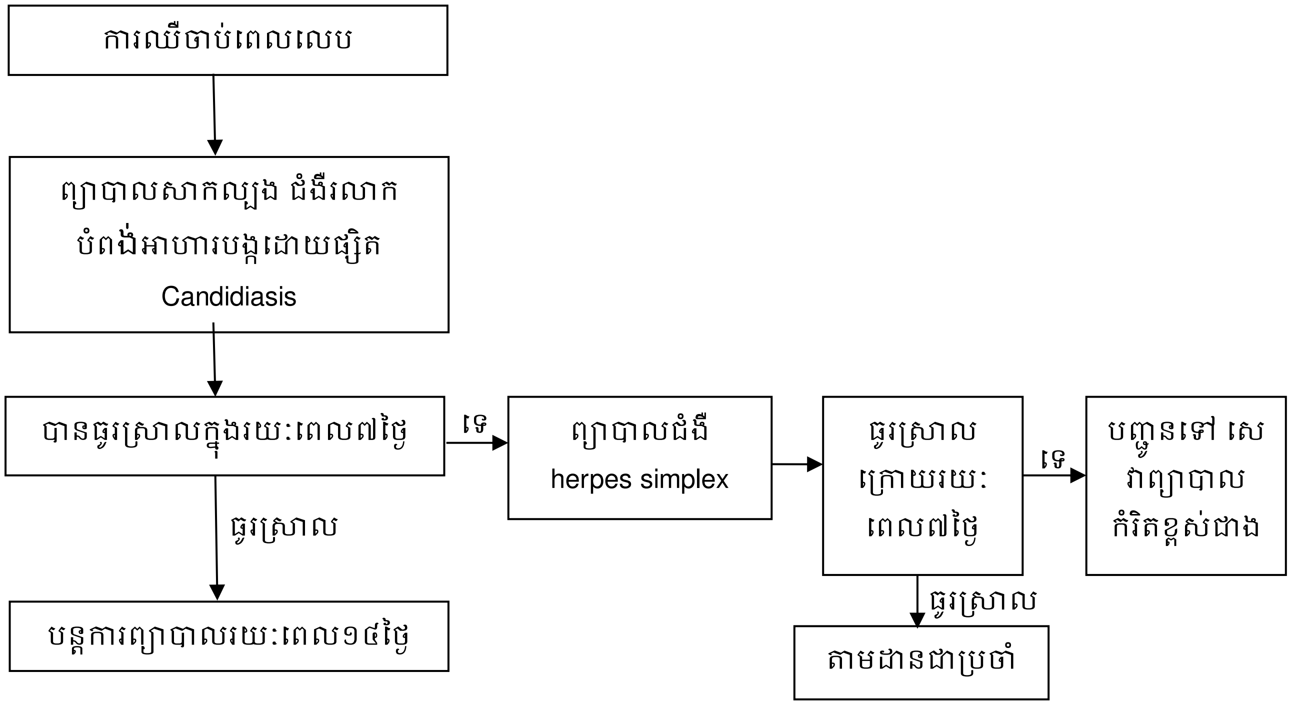
- ជំងឺ Candida: Fluconazole ២០០ ម.ក្រ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ ។
- ជំងឺ HSV: Acyclovir ៨០០ ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ ។

២៦.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចំពោះអ្នកជំងឺដែលទំនងក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា ជំងឺ candidiasis (ផ្អែកលើរោគសញ្ញាជាក់លាក់ CD4> ២០០កោសិកា/ម.ម^{៣} និងផ្សិត candidiasis នៅមាត់): ត្រូវព្យាបាលជំងឺ candidiasis និងតាមដានការវិវត្តជំងឺរយៈពេល៧ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើ គ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ អាចព្យាបាលជំងឺ HSV សាកល្បង។
- ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមានដំបៅមាត់បង្កដោយ herpes ត្រូវព្យាបាលជំងឺ HSV មុនគេ បន្ទាប់មកព្យាបាលជំងឺ Candida ។ ប្រសិនបើ ការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលមិនបានពេញលេញទេ (ជំងឺទាំងពីរក៏អាចបង្ករោគក្នុងពេលជាមួយគ្នាដែរ) ។
- ការកើរ បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកបំពង់អាហារ (Reflux esophagitis): ព្យាបាលសាកល្បងជាមួយឱសថ proton pump inhibitor ឬ ឱសថ Ranitidine។
- ទោះបីជាយ៉ាងណា ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ[៣៩] : ឱសថ omeprazole ត្រូវបានដឹងថា មាន contraindicated ជាមួយឱសថ ATV/r និង cimetidine ឬ Ranitidine គួរតែចៀសវាង ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន ដោយសារវាបន្ថយការស្រូបចូលឱសថ ATV/r ។ ប្រសិនបើ មិនអាចចៀសវាងបានទេ ត្រូវប្រើឱសថ Ranitidine/cimetidine ក្នុងកម្រិតដូសទាបបំផុត និងរយៈលេបឆ្ងាយពីការលេបឱសថ ATZ /r តាមដែលអាចធ្វើបាន ។
- ប្រសិនបើ នៅតែគ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅពិនិត្យ endoscop ។

[៣៩] http://www.hiv-druginteractions.org/

រូបភាពទី២៦-១ គំនូសបំព្រួញនៃការគ្រប់គ្រងព្យាបាលរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ពេលលេប



២៦.៤ ភ្នាក់ងារប្រឆាំងពពួកផ្សិត និង ការមានផ្ទៃពោះ/ការបំបៅដោះកូន[40]

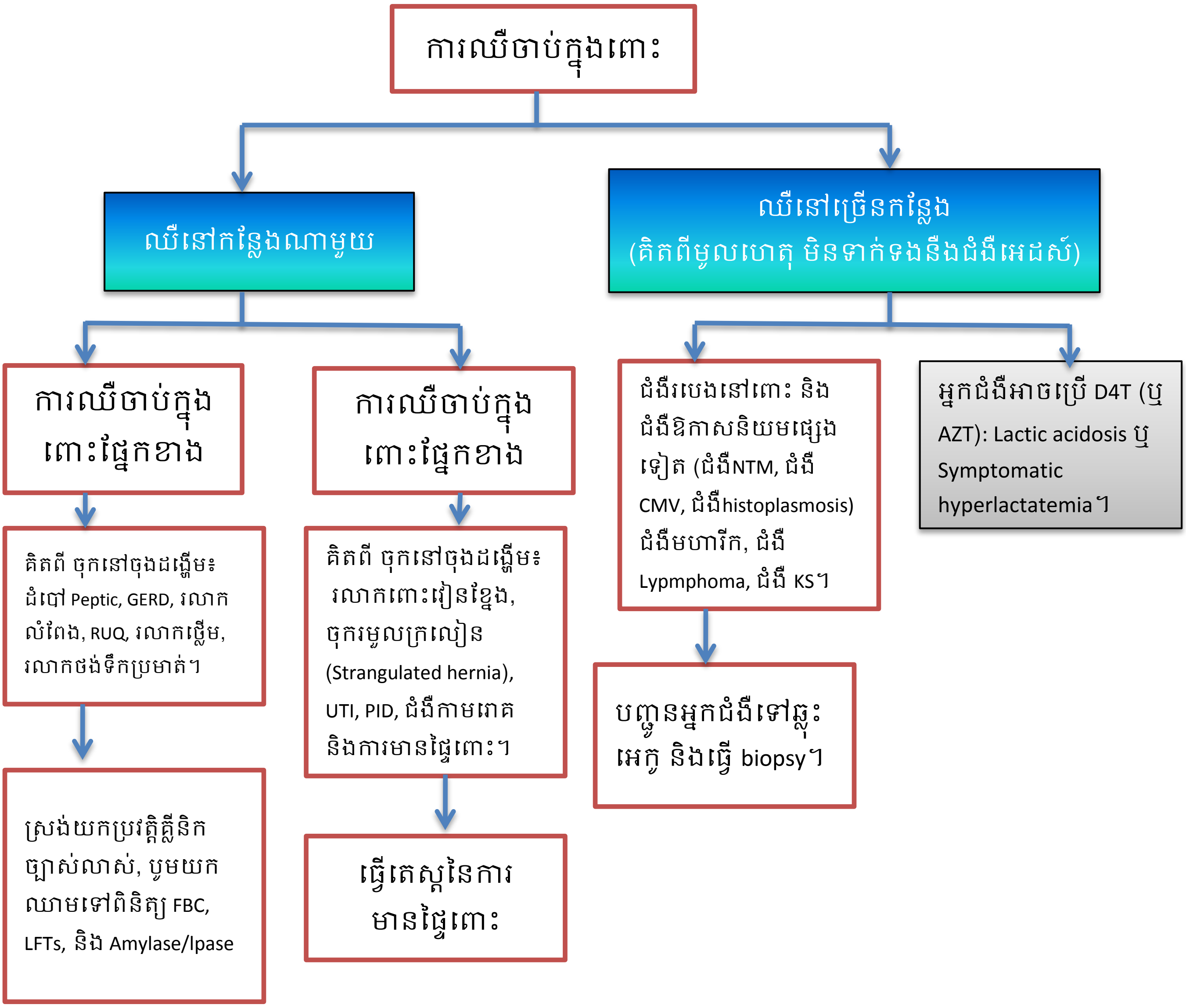
ត្រូវចៀសវាងប្រើឱសថ Fluconazole ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះក្នុងត្រីមាសទី១ ទោះបីជាយ៉ាងណា ត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃថ្លឹងថ្លែង រវាងផលប្រយោជន៍ និងកត្តាប្រឈមនៃការព្យាបាលដោយឱសថនេះ។ (សូមអានជំពូកទី១៧.៤.៤ ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកផ្សិតនៃជំងឺរលាកស្រោមខួរបង្កដោយ Cryptococcus លើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ /ស្ត្រីបំបៅដោះកូន)។

[40]គោលការណ៍ណែនាំ Sanford ឆ្នាំ២០១៥ សំរាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគ

ជំពូក ២៧. ការឈឺចាប់ក្នុងពោះ (Abdominal pain)

វិធីសាស្ត្រនៃការព្យាបាលរោគសញ្ញាឈឺពោះ សូមមើលគំនូសបំព្រួញខាងក្រោម។ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺជាបន្ទាន់ទៅផ្នែកវះកាត់ដើម្បីពិនិត្យ ក្នុងករណីមានភស្តុតាងមួយចំនួននៃជំងឺរលាកស្រោមពោះ(peritonitis) (ពោះមានសភាពរឹងនៅពេលពិនិត្យ) ។

រូបភាពទី២៧-១ គំនូសបំព្រួញអំពីវិធីសាស្ត្រក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការឈឺចាប់ក្នុងពោះ[៩១]



[៩១] ចម្លងពី គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក របេងអេដស៍ របស់ MSF ២០១៥។ទំព័រ ២១៤

ជំពូក ២៨. ជំងឺរាគរូស (Diarrhea)

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ងាយរងគ្រោះទាំងជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ និងរ៉ាំរ៉ៃ រួមទាំង ជំងឺដែលបង្ករោគជាញឹកញាប់ និងជំងឺឱកាសនិយមបង្កដោយមេរោគមិនប្រក្រតីផ្សេងៗ។

ការបង្ការ: សុវត្ថិភាពអនាម័យចំណីរអាហារនិងទឹក ព្រមទាំង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ។

២៨.១ និយមន័យ

- **ជំងឺរាគរូស**: គឺជាការបន្ទោរបង់លាមកខាប់ ឬរាវ ជាធម្មតា លើសពី ៣ដង/ថ្ងៃ។
- **ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ**: រាគរូសមានរយៈពេល ≤១៤ថ្ងៃ។
- **ជំងឺរាគរូសជាប់ជានិច្ច**: រាគរូសមានរយៈពេល > ១៤ថ្ងៃ និង ≤ ៣០ថ្ងៃ។
- **ជំងឺរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ**: រាគរូសមានរយៈពេល > ៣០ថ្ងៃ។

២៨.២ ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ

ជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ បង្ហាញថា អ្នកជំងឺអាចមាន **ជំងឺរលាកក្រពះសាមញ្ញ** (simple gastroenteritis) លាមករាវ ឬអាចជា **ជំងឺរាគរូសរាគត្បាត/ជំងឺរាគមូល** គឺជាជំងឺរាគរូសមានលាមកលាយឈាមអាចមើលឃើញ ជាទូទៅទាក់ទងនឹង រោគសញ្ញាគ្រុនក្តៅ ឈឺពោះ និងមានរោគសញ្ញានៅរន្ធគូថ (rectal symptoms) ។

២៨.២.១ មូលហេតុ

រួមមាន វីរុស (Norovirus) និងបាក់តេរី *(ឧ. E.coli, Salmonella spp*, *spp Shigella, Campylobacter spp)* និងប៉ារ៉ាស៊ីត *(ឧ. Entamoeba histolytica)*។
មូលហេតុមិនមែនបណ្តាលមកពីការបង្ករោគ រួមមាន៖ ផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (ឧ. Lopinavir/r)។

២៨.២.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ

- សារៈសំខាន់នៃការព្យាបាលជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ គឺការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក យោងតាមតារាងទី២៨-១ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺរាគរូស។
- **ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកមីក្រុប**
  បើជំងឺរាគរូសស្រួចស្រាវ មិនបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងក្នុងរយៈពេលមួយសប្តាហ៍ និងអ្នកជំងឺបន្ទោបង់លាមកជាញឹកញាប់ (> ៦ដង/ថ្ងៃ) រួមជាមួយសីតុណ្ហភាពខ្ពស់ និង/ឬ ការឈឺចាប់ដោយរមួលក្រពើរខ្លាំង ត្រូវផ្តល់៖
  - Cotrimoxazole DS ១គ្រាប់ ២ដង/ថ្ងៃ និង metronidazole ៥០០ម.ក្រ ៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៥ថ្ងៃ។

- បើមានឈាមក្នុងលាមក រួមគ្នាជាមួយរោគសញ្ញាខាងលើ ឬជំងឺរាករូសមិនត្រូវបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង ក្រោយពីការព្យាបាលខាងលើ ត្រូវផ្តល់៖
    - Ciprofloxacin ៥០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៥ថ្ងៃ។

តារាងទី២៨-១ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺរាករូស [៤២]

រោគសញ្ញា	ការបាត់បង់ជាតិទឹកធ្ងន់ធ្ងរ (មានសញ្ញា២ដូចខាងក្រោម)	ការបាត់បង់ជាតិទឹកមួយចំនួន) មានសញ្ញា ២ ដូចខាងក្រោម(	មើលមិនឃើញការបាត់បង់ជាតិទឹក
កម្រិតនៃការដឹងខ្លួន (ស្មារតី)	ទន់ល្វិតល្វៃ ឬ បាត់បង់ស្មារតី	អន្ទះអន្ទែង និងឆេវឆាវ	ស្មារតីរហ័ស
ភ្នែក	ខូង)sunken(	ខូង	មិនខូង
លទ្ធភាពនៃការផឹកទឹក	ខ្សោយ ឬមិនអាចផឹកទឹក	ចង់ផឹកទឹក ,ស្រេកទឹក	ធម្មតា មិនស្រេកទឹក
ការចាប់ច្បិតស្បែក)ស្បែកហើម(	ត្រឡប់មកសភាពដើមយឺត > ២ វិនាទី	ត្រឡប់មកសភាពដើមយឺត < ២ វិនាទី	ត្រឡប់មកសភាពដើមវិញ ភ្លាមៗ
ការព្យាបាល	ការបំពេញជាតិទឹកតាម IV តាមសុង) (ច្រមុះក្រពះ រកមូលហេតុ និងព្យាបាលមូលហេតុ រាយការណ៍ករណី។	ផ្តល់ជាតិទឹកនិងអាហារ ផ្តល់យោបល់ភ្លាមពេលអ្នកជំងឺមកជួប តាមដានអ្នកជំងឺរយៈពេល៥ថ្ងៃ ប្រសិនបើមិនបានប្រសើរឡើង។	ព្យាបាលនៅផ្ទះ ផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺត្រឡប់មកវិញ តាមដានអ្នកជំងឺរយៈពេល៥ថ្ងៃ ប្រសិនបើមិនបានប្រសើរឡើង។

ការបំពេញជាតិជាតិ:

- ផឹកភេសជ្ជៈ ឱ្យបានច្រើននិងញឹកញាប់ តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ឧ. ផឹកភេសជ្ជៈមួយពែងរៀងរាល់ ១៥- ៣០នាទីម្តង។
- ប្រសិនបើមិនអាចផឹកបាន និង/ឬ ក្អួតធ្ងន់ធ្ងរ → រៀបចំបំពេញជាតិទឹកតាមរយៈការចាក់តាមសរសៃឈាមវ៉ែន។
- ការបំពេញជាតិទឹកដោយផឹក (Oral rehydration fluids)៖
    - បំពេញជាតិទឹកដោយផឹក Oral rehydration salts (ORS) ជាជម្រើសដ៏ល្អ ដោយលាយម្សៅ ORS មួយកញ្ចប់ជាមួយទឹក១លីត្រ ដោយប្រើទឹកបរិសុទ្ធ ឬទឹកដាំពុះ។

[៤២] អង្គការសុខភាពពិភពលោក២០១១។ សៀវភៅណែនាំ IMAIសំរាប់គ្រូពេទ្យ ថ្នាក់ស្រុកៈ ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ ក្មេងជំទង់ និងមនុស្សពេញវ័យ បានចម្លងពី គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក របេង អេដស៍ របស់អង្គការ MSF ឆ្នាំ ២០១៥

- សូលុយស្យុង Sugar salt solution (SSS) = ទឹកស្អាតដាំពុះមួយលីត្រ + ១/២ស្លាបព្រាកាហ្វេនៃអំបិល + ៨ស្លាបព្រាកាហ្វេនៃស្ករ។ បើអាច ត្រូវបន្ថែមជាតិ potassium ខ្លះ (ឧ. បន្ថែមទឹកក្រូច)។
- បបរ = បបរដោយដាក់អង្ករមួយកំប៉ុង លាយជាមួយទឹកស្អាត៥កែវ អំបិលបន្តិច ស្ងោរយៈពេល១ម៉ោង។

- រៀបចំសូលុយស្យុងបំពេញជាតិទឹកប្រចាំថ្ងៃ និង រក្សាទុកដាក់ប្រកបដោយអនាម័យល្អ និង រក្សាទុកនៅកន្លែងត្រជាក់។
- បន្តលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកជំងឺបរិភោគ បើអាចបរិភោគបាន ដោយមិនគ្រាន់តែហូបបបរ/ORS ប៉ុណ្ណោះទេ។ ផ្លែចេក គឺជាប្រភពនៃសារធាតុប៉ូតាស្យូមដ៏ល្អ (ដែលបានបាត់បង់តាមលាមក)។

២៨.៣ ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ

ជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ អាចបង្កឱ្យកើតជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ហើយអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចនឹងងាយរងគ្រោះទៅនឹងការបង្ករោគរ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន ជំងឺបង្កដោយពពួក protozoa (Microsporidia, *Cryptosporidium spp. Isospora belli, Giardia lamblia, Entamoeba histoytica*) ។ ជំងឺបង្កដោយពពួកបាក់តេរី (*Salmonella spp. Mycobacterium avium* complex, MTB) និងជំងឺបង្កដោយពពួកវីរុស រួមទាំងជំងឺ CMV។

មូលហេតុមិនមែនជាការជំងឺឆ្លង បណ្តាលឱ្យរាករ៉ាំរ៉ៃ រួមមាន ជំងឺមហារីកពោះវៀន (gut neoplasms) រួមទាំង ជំងឺ Lymphoma និងជំងឺ Karposi's sarcoma ជំងឺខ្សោយលំពែង ឬផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (ឧ. LPV/ r)។

២៨.៣.១ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

វាជាការសំខាន់ណាស់ដើម្បីពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង៖ ការវាយតម្លៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក ការពិនិត្យកំហាក ការថតសួតដោយកាំរស្មី X ។

ការពិនិត្យលាមកដោយអតិសុខុមទស្សន៍៖ ពិនិត្យកោសិកាឈាមស (WBC) កោសិកាឈាមក្រហម (RBC) រកពពួកប៉ារ៉ាស៊ីត (កើនឡើងនៃ sensitivity ដោយពិនិត្យលើសំណាក ៣)។

ការពិនិត្យអេកូពោះ៖ ពិនិត្យមើលការរីកធំនៃកូនកណ្តុរ ថ្លើម និងអណ្តើករីកធំ (hepatosplenomegaly) (ជំងឺរបេង ជំងឺ MAC) ។

២៨.៣.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល[៤៣]

- វាយតម្លៃ និង គ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក និងស្ថានភាពសារជាតិអាហារូបត្ថម្ភ ស្របតាមតារាងទី២៨-១ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិទឹក លើអ្នកជំងឺរាករូស និង

[៤៣] គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក របេងអេដស៍ របស់ MSF ២០១៥ និង គោលការណ៍ណែនាំ The Sanford ២០១៥សំរាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគ

ជំពូក៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

- **ការព្យាបាលរាល់ការបង្ករោគដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ** ៖
    - ជំងឺ Isosporiasis: cotrimoxazole ១DS លេប៤ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១០ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៣សប្តាហ៍។
    - ជំងឺ Strongyloidiasis: Albendazole ៤០០ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (លេបពេលបរិភោគអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់) រយៈពេល៧ថ្ងៃ ។
    - ជំងឺ Giardiasis: Metronidazole ៥០០ម.ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ ។
    - ជំងឺរបេង: បញ្ជូនទៅ CENAT ដើម្បីទទួលការព្យាបាលតាមស្តង់ដា ។

- ការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកមីក្រុបសាកល្បង (ដោយធានាថា មិនមែនជំងឺរបេងមុននឹងព្យាបាលដោយប្រើឱសថ ciprofloxacin)។
- Cotrimoxazole DS ១គ្រាប់ លេប២ដង/ថ្ងៃ និង metronidazole ៥០០ ម.ក្រ លេប៣ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៥ថ្ងៃ ។
- បើបរាជ័យ៖ សាកល្បងប្រើ albendazole ៤០០ ម.ក្រ លេប២ដង/ថ្ងៃ (លេបពេលហូបអាហារមានជាតិខ្លាញ់) រយៈពេល៧ថ្ងៃ។

- **ឱសថប្រឆាំងការរាករូស** ត្រូវបានប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងករណីដែលការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលខាងលើខ្សោយ ហើយការរាករូសដែលមានលាមកសុទ្ធតែទឹក គ្មានឈាម ឬគ្មានការឈឺពោះ។
    - Loperamide ២ម.ក្រ គ្រាប់ ក្រោយពេលរាករូសម្តងៗ ឬលេបតាមរូបមន្ត ជាទូទៅ អាចលេបរហូតដល់ ៦-៨ គ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ ។
    - Codeine phosphate ៣០– ៦០ ម.ក្រ រហូតដល់៤ដង/ថ្ងៃ ។
- **ធានាថាអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។**

ជំពូក ២៩. ជំងឺគ្រុនពោះវៀន

ជំងឺគ្រុនពោះវៀន(រួមទាំង ជំងឺ Salmonella) បង្កឡើងដោយ *Salmonella typhi* ដែលមិនមែនជា *Salmonella spp.* និងបាក់តេរីក្រាមអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត រួមទាំង *Campylobacter* និងផលិតសារជាតិជាតិពុលនៃ *Shigella* និង *E.coli* ។

ការលេចឡើងនូវ septicaemia សារចុះសារឡើង (ជាពិសេស រួមទាំង non typhoidal Salmonella) ត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ជា ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO ។

ការបង្ការ: ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole (អាចការពារបានមួយចំនួន) អនាម័យចំណីអាហារ/ទឹក (សូមអាន ជំពូក ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគ អេដស៍ ផ្នែកសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ) ។

២៩.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺគ្រុនពោះវៀន

រោគសញ្ញា: គ្រុនក្តៅ លំបាកក្នុងខ្លួន (rigors) ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ រោគសញ្ញាប្រដាប់រំលាយអាហារ អាចមាន ការរាករូសដោយមានលាមករាវ ឬលាយឈាម ឬទល់លាមក (គ្រុនពោះវៀន) ។

២៩. ២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការពិនិត្យលាមកដោយអតិសុខុមទស្សន៍៖ ឃើញ កោសិកាឈាមស(leukocytes) និងកោសិកាឈាមក្រហម និងពពួកប៉ារ៉ាស៊ីត ។

បណ្តុះមេរោគក្នុងលាមក និងក្នុងឈាម (បើអាចធ្វើបាន) អាចនឹងបែងចែកមូលហេតុនៃការបង្ករោគ និងការធ្វើតេស្តជំងឺគ្រុនចាញ់ ។

រោគវិនិច្ឆ័យដែកញែក: ជាមួយជំងឺបង្កដោយពពួកប៉ារ៉ាស៊ីតនៅប្រដាប់រំលាយអាហារ ឧ.ទា Amoebiasis ។

២៩. ៣ ការព្យាបាលស្តង់ដា[៤៤]

ការព្យាបាលដំបូង៖

[៤៤] គោលការណ៍ណែនាំ Sanford២០១៥ សំរាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគ និង Panel ស្តីអំពីគោលការណ៍ណែនាំសំរាប់ជំងឺ ឱកាសនិយមចំពោះក្មេងជំទង់និង មនុស្សពេញវ័យដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍:អនុសាសន៍របស់ មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺ ,វិទ្យាស្ថានជាតិ សុខភាពនិង សមាគម វេជ្ជសាស្ត្រ អេដស៍ នៃសហគមន៍ ជំងឺឆ្លង អាមេរិកាំង ២០១៥ ។

- ការព្យាបាលដោយបំពេញជាតិទឹកខ្លាំងក្លាដោយចាក់តាមសរសៃវ៉ែន + ចាក់បញ្ចូលអាំងទីប៊ីយ៉ូទិកដែលមានសកម្មភាពទូលាយចូលតាមសរសៃវ៉ែន ដូចជា ceftriaxone (ឬ លេប ciprofloxacin ៥០០ ម.ក្រ) និង metronidazole ៥០០ម.ក្រ (ចាក់ IV ឬលេប) ២ដង/ថ្ងៃ។

ក្រោយពេលដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងគ្មានការសង្ស័យពីការបង្ករោគនៅពោះវៀនផ្សេងៗត្រូវព្យាបាលដោយ ៖

- Ciprofloxacin ៥០០ ម.ក្រ គ្រាប់ លេបរាល់ ១២ម៉ោង/ម្តង រយៈពេល៧-១៤ថ្ងៃ ឬ
- Ceftriaxone ២ ក្រ ចាក់ IVI រាល់ថ្ងៃ ឬ
- Azithromycin ១ ក្រ នៅពេលដំបូង បន្ទាប់មក បន្ថយមក ៥០០ម.ក្រ រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល៥ ថ្ងៃ។

ប្រសិនបើ មានការបញ្ជាក់ ឬសង្ស័យខ្លាំងថា វត្តមានពពួកបាក់តេរីក្នុងឈាម (bacteraemia) ត្រូវព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកយ៉ាងហោចណាស់ ២សប្តាហ៍។
ប្រសិនបើ មានការសង្ស័យឬបញ្ជាក់ថា ការបង្ករោគនៅក្រៅពោះវៀន ឧ. ជំងឺរលាកឆ្អឹង ឬបង្ករោគនៅសរសៃឈាម (mycotic aneurism) ឬ ថយចុះភាពស៊ាំធ្ងន់ធ្ងរ (<២០០កោសិកា/ម.ម^{៣}) ត្រូវពន្យាពេលព្យាបាលដោយឱសថ ciprofloxacin រហូតដល់ ២-៦ សប្តាហ៍បន្ថែមទៀត។

២៩.៤ ការព្យាបាលបង្ការទី ២

- ព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Cotrimoxazole ស្របតាមរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដា ។

លក្ខខណ្ឌនៅលើស្បែក និងជំងឺកាមរោគ

ជំពូក ៣០. ជំងឺសើស្បែក

៣០.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ដំបៅស្បែក កើតឡើងជាញឹកញាប់នៅដំណាក់កាលដំបូង នៃការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ។
- ដំបៅស្បែក អាចលេចចេញរោគសញ្ញាមួយចំនួន ក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាខាងក្រោម៖
    - វិបត្តិជាបឋមនៃរោគសើស្បែក ឧ. ជំងឺស្បែករបកក្រហម (psoriasis)
    - ការបង្ករោគ៖ នៅលើស្បែក (ឧ. folliculitis) ឬ នៅជ្រៅក្រោមស្បែក (រលាកកោសិកា) ឬរាលដាលច្រើនកន្លែង (ជំងឺ Cryptococcus)
    - Allergy (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយឱសថ)
    - វិបត្តិនៃការរលាកឆ្លើយតបនឹង antigens (ឧ. PPE)
    - ជំងឺមហារីក (ឧ. Kaposi's sarcoma) ។

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងព្យាបាលភ្លាមៗ នៃរោគសញ្ញាដែលលេចចេញលើស្បែក គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដើម្បីបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា និងព្យាបាលជំងឺដែលមានសក្តានុពលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត (ឧ. ការបង្ករោគជាប្រព័ន្ធ ឬប្រតិកម្មជាមួយឱសថធ្ងន់ធ្ងរ) ។

៣០.២ ប្រតិកម្មជាមួយឱសថ

- ប្រតិកម្មស្បែក កើតឡើងជាញឹកញាប់ មានលក្ខណៈប្រែប្រួលពីកម្រិតស្រាល រហូតដល់មានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត។
- បើអ្នកជំងឺលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែក មាន/គ្មាន ជំងឺគ្រុនក្តៅ និងរោគសញ្ញាដែលតែងតែកើតឡើង ត្រូវពិចារណាអំពីប្រតិកម្មជាមួយឱសថ ។
- ប្រតិកម្មជាមួយឱសថក្លាស់ស៊ីក រួមបញ្ចូលទាំង ឱសថបង្កឱ្យមានការលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (drug induced exanthems) កើតឡើងជាញឹកញាប់នូវ កន្ទាលត្រអាក/ឡើងកោសិកាក្រោមស្បែក (angioedema) ប្រតិកម្មជាមួយឱសថ (anaphylaxis) ចង្កោមរោគសញ្ញា Stevens –Johnson Syndrome ការពុលកោសិកាស្បែក រលាកសរសៃឈាម hypersensitivitiy exfoliative dermatitis ប្រតិកម្មឱសថ ដោយមាន eosinophilia និងរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធ (DRESS) ផ្ទុះស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយប្រតិកម្មឱសថ និងប្រតិកម្ម photosensitivity ជាដើម។ នៅពេលមានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ បង្កឱ្យមានជំងឺលើស្បែកជាច្រើនទៀតអាចកើតឡើងដែរ តែមិនសូវញឹកញាប់ទេ ។
- ឱសថខាងក្រោម បង្កឱ្យមានប្រតិកម្មលើស្បែកជាញឹកញាប់៖
    - ឱសថ ARVs: nevirapine, efavirenz, abacavir (បង្កឱ្យមាន abacavir hypersensitivity syndrome) និងឱសថដែលមិនសូវបង្កប្រតិកម្មលើស្បែកញឹកញាប់ រួមមាន 3TC ឬ AZT ។
    - Cotrimoxazole

- ឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
- ឱសថផ្សេងទៀត៖ anti-epileptics (ឧ. carbamazepine, phenobarbitone) NSAIDS allopurinol ។ល។

៣០.៣ រោគសញ្ញាគ្លីនិក[៩៥]

រោគសញ្ញាគន្លឹះ

១.លេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានពណ៌ឈាននិងពងទឹកបង្កដោយឱសថ(mobillifomឬ exanthematous) កើតឡើងជាញឹកញាប់នៃប្រតិកម្មជាមួយឱសថ ។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកទាំងនេះលេចចេញឡើងនូវស្នាមបន្ទះតូចៗ និងដុំពកតូចៗ (macules និង/ឬ papules) មានលក្ខណៈស៊ីមេទ្រីគ្នា និងសាយភាព លេចចេញប្រហែលមួយសប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ (អាចនឹងលេចចេញរោគសញ្ញាឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺធ្លាប់បានប្រើឱសថនេះពីមុន)។ រោគសញ្ញាផ្សេងទៀត រួមមាន រមាស់ ក្តៅខ្លួនស្ទិញៗ និង eosinophilia កើនឡើងតិចតួច។
ឱសថ Cotrimoxazole ក៏បណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្មខាងលើនេះដែរ ហើយកើតមានជាញឹកញាប់លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ឱសថផ្សេងទៀត រួមមាន ឱសថព្យាបាលជំងឺ antiepileptic ឱសថក្រុម NSAIDS មួយចំនួន penicillins និងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង ។

២. ចង្កោមរោគសញ្ញាប្រតកម្មជាមួយឱសថ (Drug hypersensitivity syndrome/DRESS)
ការលេចចេញស្នាមកន្ទួលក្រហមលើស្បែក (Erythroderma) ឬ ការផ្ទុះចេញ morbilliform សាយភាយលើ ៩០% ឬ ច្រើនជាងនេះនៃផ្ទៃស្បែក គ្រុនក្តៅ និងចុះខ្សោយសរីរាង្គចម្រុះជាច្រើន រួមមាន ថ្លើម តម្រងនោម បេះដូង សួត (ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាម ពិនិត្យទឹកនោមដោយ dipstick ថតសួតដោយកាំរស្មី X) ។ ជាទូទៅ រកឃើញ Eosinophilia ប៉ុន្តែមិនមានវត្តមានជានិច្ចនោះទេ ។ ជាធម្មតា ចាប់ផ្តើមកើតឡើងប្រហែលជា ៣សប្តាហ៍ ក្រោយពីបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថបង្កហេតុ។ ឱសថ Abacavir និងឱសថ Nevirapine បណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្ម hypersensitivity គឺជាឧទាហរណ៍នៃ DRESS និងឱសថផ្សេងទៀត រួមមានការប្រើឱសថ antiepileptic, dapsone, និង allopurinol ។

៣.ចង្កោមរោគសញ្ញាStevens-Johnson syndrome(SJS) **និងការពុលរលួយស្បែក** (Toxic Epidermal Necrolysis = TEN)
SJS/TEN កើតមានឡើងរយៈពេល៨សប្តាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាល និងឱសថបង្កហេតុដែលជួបប្រទះញឹកញាប់ រួមមាន allopurinol, anticonvulsants, sulphonamides, Nevirapine និងឱសថមួយចំនួនក្នុងក្រុម NSAIDS ។ ប្រតិកម្ម Muco-cutaneous ធ្ងន់ធ្ងរ និងបានកំណត់ដោយ necrosis ទូលំទូលាយ និងរបកស្បែក។ SJS រួមបញ្ចូលទាំង ការរបកស្បែក < ១០% នៃផ្ទៃស្បែកគ្របដណ្តប់រាងកាយ ការពុល

[៩៥] ប្រភព: Samel A.D, Drug eruptions In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA

រលួយស្បែក(TEN) របកស្បែក > ៣០% នៃផ្ទៃស្បែកគ្របដណ្តប់រាងកាយ និង SJS/TEN មានរោគសញ្ញាជាន់គ្នាពី ១០-៣០% ។ ភ្នាស mucous មានការប៉ះពាល់ > ៩០% ជាទូទៅចាប់ពី២កន្លែង ឬច្រើនជាង (នៅភ្នែក មាត់ និងប្រដាប់បន្តពូជ)។ គ្រុនក្តៅ កើតមានជាញឹកញាប់។ ដំបៅស្បែកបានចាប់ផ្តើមឡើងដោយមិនអាចកំណត់បានច្បាស់លាស់ មាន coalescing erythematous macules ដោយមានស្នាមកន្ទួលនៅចំកណ្តាល ឬ អាចលេចឡើងជាមួយជំងឺរលាកស្បែកសាយភាយ។ ស្បែកនេះគឺជាញឹកញាប់មានការឈឺចាប់ និងមានសភាពទន់។ ដំបៅតែងចាប់ផ្តើមនៅលើមុខនិងបំពង់ក និងនៅពេលជំងឺនេះវិវត្តន៍បណ្តាលឱ្យលេចចេញនូវ vesicles និងទម្រង់ bullae ហើយបន្ទាប់មកចាប់ផ្តើមចេញសំណាកជាលិកាស្លាប់ (slough) ។ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរដែលមានផលវិបាកស្រួចស្រាវ រួមមាន sepsis ការបាត់បង់ជាតិទឹកតាមស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ និងចុះខ្សោយសរីរាង្គជាច្រើន។ ផលប៉ះពាល់រយៈពេលវែង រួមមាន ការប៉ះពាល់ដល់សរីរាង្គ ដូចជា ស្បែក mucosal គ្រាប់ភ្នែក និងសួត។

៣០.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចំពោះករណី ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ ជាពិសេស ការប៉ះពាល់ស្បែកទូលំទូលាយ និង/ឬមានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធ និងសង្ស័យថា មាន DRESS ឬ Stevens–Johnson /TEN ។
- បញ្ឈប់ការប្រើថ្នាំទាំងអស់ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់គាំទ្រការព្យាបាល និងពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ។
- ប្រសិនបើមិនច្បាស់ថា ឱសថណាមួយជាបង្កឱ្យមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក- បញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ហើយចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញជាជំហានៗ (reintroduction stepwise) ដើម្បីធ្វើការពិចារណា បន្ទាប់ពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្រាល ។
- ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ប្រតិកម្មជាមួយឱសថជាក់លាក់ណាមួយ សូមអាន៖
  - ប្រតិកម្ម hypersensitivity នៃឱសថ Abacavir និងស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយឱសថ ARV ផ្សេងទៀត ក្នុងជំពូកទី១០ ការតាមដាននិងការផ្លាស់ប្តូរដោយសារការពុលនៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយឱសថ Cotrimoxazole នៅក្នុង ជំពូកទី៥. ការព្យាបាលបង្ការដំបូងនៃជំងឺឱកាសនិយម។

៣០.៥ ការបង្ករោគរាលដាលដោយលេចចេញនូវរោគសញ្ញាលើស្បែក

- បង្ករោគដោយបាក់តេរី៖ *Staphylococcus aureus, Bacilliary angiomatosis, Neisseria gonorrhoea, Syphilis* ។
- បង្ករោគដោយ Mycobacterium៖ ជំងឺរបេង មិនមែនជំងឺរបេង។
- បង្ករោគស្រួចស្រាវដោយវីរុសបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក(Acute viral exanthemas infections)។

- បង្ករោគដោយ Herpes simplex និង varicella zoster ស្រួចស្រាវ/កើតឡើងសារចុះសារឡើង ។
- បង្ករោគដោយពពួកផ្សិត៖ Cryptococcus (ប្រហែលជា ១០% នៃបង្ករោគដោយក្រិបតូកុក) បង្ករោគដោយ Histoplasmosis, Sporotrichosis និង Penicillium។

៣០.៥.១ ជំងឺផ្សិតរាលដាលបណ្តាលឱ្យលេចចេញរោគសញ្ញាលើស្បែក

ជំងឺផ្សិតរាលដាល បង្កដោយ Cryptococcus, Penicillum ឬ Histoplasmosis អាចបណ្តាលឱ្យមានដំបៅស្បែក និងចង្កោមរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធធ្ងន់ធ្ងរ ។ វាកើតឡើងលើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវបានចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤នៃ WHO និងមានអត្រាមរណភាព ខ្ពស់ ។

៣០.៥.២ ជំងឺ Penicilliosis

ជំងឺ Penicilliosis បង្កឡើងដោយមេរោគឈ្មោះ*Talaromyces* (ជាផ្លូវការ ហៅថា *Penicillium) marneffei* ឆ្លងរាលដាលនៅតំបន់អាស៊ីអាគ្នេយ៍ រួមទាំង ប្រទេសកម្ពុជា ។ ផ្លូវចម្លងត្រូវបានគេសង្ស័យថា ភាគច្រើនប្រព្រឹត្តតាមខ្យល់ (airborne) ។ សរីរាង្គនៃមេរោគនេះ បង្កកូនចៅឡើងនៅក្នុងកោសិកាMacrophages និងរាលដាលពេញរាងកាយ ជាពិសេស ក្នុងប្រព័ន្ធ reticulo-endothelial ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ការចាប់ផ្តើមលេចចេញរោគសញ្ញាភ្លាមៗ គ្រុនក្តៅ ស្លេកស្លាំង ស្រកទម្ងន់ ដំបៅស្បែក មាន/គ្មាន ការឡើងកូនកណ្តុរ (lymphadenopathy) និងថ្លើមអណ្តើករីកធំ មាន/គ្មាន បញ្ហាផ្លូវដង្ហើម (ក្អក ពិបាកដកដង្ហើម)។
- ការពិនិត្យឃើញ កោសិកាធ្លាក់ចុះទាំងអស់ (cytopenias) និង ALP កើនឡើង និងមានការប៉ះពាល់ថ្លើម។
- ដំបៅស្បែកលេចចេញដោយមាន ដំបៅដុំពក (papular lesions) មួយឬច្រើនដែលជាញឹកញាប់មានចំណុចផ្ចិតកណ្តាល ឬដំបៅដូចគ្នាជាមួយនឹងជំងឺសើស្បែកបង្កដោយជំងឺ contagiosum molluscum ឬជំងឺ Cryptococcus ។ ដំបៅនេះគឺជាធម្មតាកើតនៅលើមុខ ស្បែកក្បាល និងលើដងខ្លួនផ្នែកខាងលើ អាចកើតផងដែរ នៅតំបន់ប្រដាប់ភេទ ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ បើគ្មានដំបៅស្បែក ហើយមានការលំបាកក្នុងការបែងចែកពីជំងឺ Cryptococcus ។ គេបានផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យសាកសួរយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញទាក់ទងនឹងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ប្រសិនបើ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះ កំពុងត្រូវបានពិចារណា ។
- កំណត់អត្តសញ្ញាណនៃពពួកផ្សិតតាមរយៈការបណ្តុះឈាម ការពិនិត្យដំបៅស្បែកដោយអតិសុខុមទស្សន៍ ជាមួយនឹងការធ្វើតេស្ត Wright's stain កូនកណ្តុរ ឬទឹកបូមពីខួរឆ្អឹង ។

ការព្យាបាលស្តង់ដា

- Amphotericin B 0,៧ ម.ក្រ/គ.ក្រ ចាក់ IV រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើ itraconazole ៨០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើ itraconazole ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > ១០០ ក្នុងកំឡុងពេល ៦ខែ ។[៨៦]
- Fluconazole មានសកម្មភាពខ្សោយប្រឆាំងជំងឺ Penicillium ដូច្នេះ ត្រូវប្រើ amphotericin B ចាក់ IVI រហូតដល់មានឱសថ itraconazole សម្រាប់យកមកព្យាបាល ។
- បើគ្មានឱសថ itraconazole ទេ ត្រូវប្រើឱសថ ketaconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ ឬឱសថ fluconazole ៨០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ១០ សប្តាហ៍ ។
- ចំពោះករណីមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ប្រើឱសថ itraconazole ៨០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល១២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ២០០ម.ក្រ/ថ្ងៃ រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 > ១០០ ក្នុងរយៈពេល៦ខែ ។

ការព្យាបាលបង្ការទី ២

ការព្យាបាលដោយបង្ក្រាបមេរោគរយៈពេលវែង គួរតែត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ itraconazole ២០០ម.ក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីទប់ស្កាត់ការលាប់ឡើងវិញ រហូតដល់អ្នកជំងឺមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ជាង ១០០កោសិកា/mm^3 ។

៣០.៥.៣ ជំងឺ Histoplasmosis

ជំងឺ *Histoplasma capsulatum* គឺជាជំងឺបង្កដោយពពួកផ្សិត dimorphic fungus រស់នៅក្នុងដីដែលសម្បូរដោយកាកសំណល់ទម្លាក់ចុះដោយបក្សី និងសត្វប្រចៀវ ។ ដោយសារការដកដង្ហើមស្រូបចូលនូវស្ព័រនៃ H.capsulatum ចូលទៅដល់ alveoli នៃសួត ហើយបង្កឱ្យមានប្រតិកម្ម granulomatous ខ្លាំង។ ការរលួយ (Caseous necrosis) ឬ ការឡើងកំណកមានសភាពដូចគ្នានឹងជំងឺរបេង ។ ភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺ គឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃការប៉ះពាល់ និងភាពស៊ាំនៃអ្នកជំងឺ ។ ការបង្ករោគស្លាមៗ និងស្រួចស្រាវអាចបណ្តាលឱ្យស្លាប់ ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង ។ អ្នកជំងឺអេដស៍ខ្លះ អាចបង្ហាញប្រតិកម្មនៃជំងឺ នៅពេលមានការថយចុះនៃភាពស៊ាំ ។ ជំងឺ Histoplasmosis ត្រូវបានគេរាយការណ៍ដោយកំរនៅប្រទេសកម្ពុជា ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

- ជំងឺសួតស្រួចស្រាវបង្កដោយ histoplasmosis បង្ហាញរោគសញ្ញា ដូចជាក្អក គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ អស់កម្លាំងល្ហិតល្ហៃ រងាររញាក់ញ័រ ឈឺចាប់សាច់ដុំ មិនឃ្លានអាហារ និងឈឺដើមទ្រូង ។ វាមាន ការលំបាកក្នុងការបែងចែកពីជំងឺ PCP ។ ការថតសួតដោយកាំរស្មី X បង្ហាញពី ការរលាកសួត(pneumonitis) និង lymphadenopathy hilarity ឬ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយនឹង miliary ។

---

[៨៦] គោលការណ៍ណែSanford នាំឆ្នាំ២០១៥ សំរាប់ព្យាបាលប្រឆាំងមេរោគ

- ការថតសួតដោយកាំរស្មី X នៃជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ បង្កដោយ histoplasmosis បង្ហាញ ការរួមតូច និងឃើញមាន cavitation នៅឡូបសួតខាងលើ និងរាលដាលទៅឡូបខាងក្រោម និងតំបន់ផ្សេងទៀតនៃសួត ហើមសួត និង bulla ។
- ជំងឺ histoplasmosis រាលដាល ត្រូវបានកំណត់ដោយ គ្រុនក្តៅរយៈពេលយូរ ស្រកទម្ងន់ ថ្លើមនិងអណ្តើករីកធំ ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ ដំបៅធំនៅមាត់ ឬមានដុំពក ឬមានដុំពិណាក្រហមលើស្បែកដែលមានជាតិអាស៊ីត (discrete erythematous fungating skin papules or masses) ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល

- ករណីភាគច្រើន គេមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ។ ពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺនេះត្រូវបានពិចារណា សុំយោបល់ពិនិត្យស្រាវជ្រាវឡើងវិញ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលករណីនេះ ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ អាចត្រូវបានធ្វើឡើងដោយកំណត់អត្តសញ្ញាណតាមរយៈការធ្វើតេស្ត histopathology នៃទម្រង់ផ្សិតក្នុងកោសិកាឈាមស និងក្នុងកោសិកា Macrophages ដោយលាប Giemsa បន្តិចលើសំណាកឈាម សំណាកខួរឆ្អឹង ឬ BAL ទោះជាយ៉ាងណា ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបែបនេះគឺកំរនឹងធ្វើបានណាស់ ។
- ការព្យាបាល៖ Amphotericin B ០,៧ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃ ចាក់ IV រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មកប្រើឱសថ itraconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល ១២ ខែ ។

៣០.៥.៤ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់

តារាងទី ៣០-១ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក និងលើជាលិកាទន់

ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីលើស្បែក	បាក់តេរីបង្ករោគ	ការពិពណ៌នា	ការព្យាបាល
Folliculitis	*Staphylococcus aureus*	ការរលាក ការបង្ករោគនៅគល់រោម	• គ្រប់ពីលើដោយស្បែក្តៅអ៊ុនៗ (Warm compress) • ការលាងសំអាត • Topical Genitian Violent • Cloxacillin ក្នុងករណី ធ្ងន់ធ្ងរ
Cellulitis (រលាកកោសិកា)	*Streptococcus spp. Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	រលាកស្បែក និង ជាលិកា subcutaneous ដែលមាន លក្ខណ: ហើម ក្រហម និង ឈឺចាប់ +/-គ្រុនក្តៅ	Cloxacillin ៥០០ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ រៀងរាល់ថ្ងៃរយៈពេល១០ថ្ងៃ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរត្រូវប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកចាក់ IV (cloxacillin ឬ cetriaxone)។

បូសទ្រនិក (Boils) ជាលិការទន់ បូស	*Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae*	ខ្ទុះប្រមូលផ្តុំនៅនឹងកន្លែងនៅ ក្នុងប្រហោង អាច មានផលវិបាកជាការរលាក កោសិកា (cellulitis) បើមិនបានព្យាបាល។	• សំខាន់បំផុតគឺ ការវះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះ • បើករណីស្រាល ត្រូវយក compress ក្តៅឧណ្ឌៗបិទ • ព្យាបាលដោយ Systemic antibiotics បើមានជំងឺ cellulitis នៅជំបន់ជុំវិញ។
Impetigo	*Staphylococcus aureus, Streptococcus spp.*	ដំបៅពិណលឿងក្រៀម ឬពងទឹករមាស់	លាងដំបៅជាមួយទឹកក្តៅឧណ្ឌៗ។ លាបអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក ឬ លាយអង់ទីប៊ីយ៉ូនទិក/អាស៊ីសាលីស៊ីលិក Cloxacillin សម្រាប់ដំបៅដែលសាយភាព។
Paronychia	*Staphylococcus aureus*	ការបង្ករោគកើតនៅជាលិកាជុំវិញក្រចកដៃ និងក្រចកជើង។	• វះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះនៅក្រោមក្រចកចេញ • Cloxacillin រយ:ពេល៥-៧ ថ្ងៃ
Pyomyositis	*Staphylococcus aureus*	បង្កជាបូសជ្រៅក្នុងសាច់ដុំ មានសភាពមិនស្រួលខ្លួនជាទៅទៅ គ្រុនក្តៅ ឈឺចាប់	• វះកាត់ចោះបង្ហូរខ្ទុះចេញ • Ceftriaxone ១-២ ក្រាម ចាក់តាមសសៃ IV ៤ដង/ ថ្ងៃ ឬ Ceftriaxone ២ក្រាម ចាក់តាមសរសៃ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ រយ:ពេល១០ថ្ងៃ។
Bacillary angiomatosis "cat scratch disease"	*Bartonella henselae*	ដំបៅសរសៃឈាម (vascular) រាលដាលដែលមានលក្ខណ: ដូចគ្នាជាមួយជំងឺ Kaposi's sarcoma	• ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ • Erythromycin ៥០០ម.ក្រ ៤ ដង/ថ្ងៃ ឬប្រើ doxycycline ១០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ រយ:ពេល២ខែ។

Necrotising soft tissue infections including necrotizing fasciitis (ការបង្ករោគបណ្ដាលឱ្យរលួយជាលិកាទន់ រួមមាន ការ necrotizing fasciitis)	*Streptococcus pyogenes, Clostridium perfringens (gas gangrene), of Vibrio spp. or polymicrobial mixed aerobic and anaerobic bacteria*	ឈឺចាប់ខ្លាំង ទោះជាមានការរលាកស្បែកតិចតួចក៏ដោយ មាន Bullae រលួយស្បែក ហើម ខ្យល់ក្នុងជាលិកាទន់ រាលដាលយ៉ាងលឿនទៅប្រព័ន្ធសរីរាង្គផ្សេងៗ នាំឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ។	វះកាត់ជាបន្ទាន់ការកំទេចកំទីសាច់ដែលរលួយចេញ។ ចាក់អង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលមានសកម្មភាពទូលាយ ចាក់ IV ។ ឧ. ceftriaxone + metronidazole/ clindamycin, ឬ meropenem + metronidazole/ clindamycin ប្រើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកដែលគ្មានសកម្មភាពទូលាយ បើបានទទួលលទ្ធផលនៃការបណ្ដុះមេរោគ។
Staphylococcal Scalded Skin Syndrome	*Staphylococcus aureus*	ដំបៅសាយភាយដោយ ចាប់ផ្ដើមលើផ្ទៃមុខដែលជួប ញឹកញាប់លើកុមារ។ អាចដូចគ្នានឹង Stevens Johnson Syndrome ប៉ុន្តែ គ្មានការប្រឈមមុខជំរុញ និង មិនប៉ះពាល់ដល់ mucosa ទេ។	• Cloxacillin ២០០ម.ក្រ/គ.ក្រ/ថ្ងៃចាក់ IV រាល់៦ម៉ោងម្ដង • ពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យពីការវះកាត់ • ព្យាបាលរបួសនិងយកចិត្តទុកដាក់ ចំពោះស្ថានភាពខ្សោះជាតិទឹក។
Syphilis	*Treponema pallidum*	ដំបៅគ្មានការឈឺចាប់ រឹង (chancre) នៅត្រង់កន្លែងដែលឆ្លងរោគស្វាយ។ រោគសញ្ញាគ្លីនិង ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ (RPR ត្រូវការពេលវេលាពី៤–៦ សប្តាហ៍ ដើម្បីឱ្យតេស្តនេះ វិជ្ជមាន)។	Benzathene penicillin ២,៤M IU x ១ដង doxycycline ជួរទី២ ១០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល**១៤ថ្ងៃ erythromycin ជួរទី៣ លេប ៥០០ ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល** ៤ សប្តាហ៍។

Syphilis	*Treponema pallidum*	ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកMaculo-papular, condylomata lata, គ្រុនក្តៅ ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ, oral mucus patches. រោគវិនិច្ឆ័យដោយការធ្វើតេស្ត RPR។	Benzathene penicillin ២,៤M IU x ១ដង doxycycline ជួរទី២ ១០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល** ១៤ថ្ងៃ erythromycin ជួរទី៣ លេប ៥០០ ម.ក្រ ៤ដង/ថ្ងៃ **រយៈពេល** ៤ សប្តាហ៍។

៣០.៥.៥ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស

តារាងទី៣០-២ រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស

រោគសើស្បែកបង្កដោយវីរុស
Herpes simplex ១, ២ Orolabial lesions ដំបៅប្រដាប់ភេទ ពងទឹកមានបាតពិណក្រហមនៅបបូរមាត់ ច្រមុះ អណ្តាត បំពង់ក អញ្ចាញធ្មេញ និងជំបន់ប្រដាប់បន្តពូជ ។ ការពិនិត្យគ្លីនិក និងធ្វើតេស្ត Tzank ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល: Acyclovir ៤០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧ថ្ងៃ ។ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី ។
ជំងឺរើម (**Herpes Zoster, shingles**) បង្កដោយវីរុស Herpes Zoster (reactivation) កើតឡើងជាញឹកញាប់លើអ្នកជំងឺអេដស៍។ មានដុំពងទឹក ហើយឈឺ នៅពាសពេញស្បែក – បន្ទាប់មកស្បែកឡើងក្រៀម កំរឆ្លងកាត់ខ្សែបន្ទាត់ពាក់កណ្តាលខ្លួន អាចបណ្តាលឱ្យខូចភ្នែក។ រោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើគ្លីនិក និងតេស្ត Tzank។ ការព្យាបាល: Acyclovir ៨០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃរយៈពេល ៧–១០ថ្ងៃ។ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគបន្ថែមទៀត។ លាប Calamine lotion លើដំបៅស្បែក។

ជំងឺអុតធំ (Herpes Zoster, chicken pox) បង្កដោយវីរុស Herpes Zoster (បង្ករោគដំបូង) រយៈពេលសម្ងំ ៣ថ្ងៃ លេចចេញស្នាមដុំពងទឹកលើស្បែកពាសពេញស្បែក ជា "គ្រាប់"ៗ ។ អាចបណ្តាលឱ្យមានផលលំបាក ទៅជា ជំងឺរលាកសួត រលាកថ្លើម និង រលាកខួរក្បាល ។ ការព្យាបាល: Acyclovir ៨០០ម.ក្រ ៥ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល៧–១០ថ្ងៃ ។ លាប Gentian violet អាចជួយកាត់បន្ថយការបង្ករោគបន្ថែមទៀត ។ លាប Calamine lotion ។
ជំងឺ **Molluscum contagiosum** មូលហេតុបង្ករោគដោយ វីរុស *Molluscum contagiosum* ។ ពងទឹករាងដូចសាជីខូងចំណុចកណ្តាល និងអ្នកជំងឺមិនស្រួលខ្លួន ។ ត្រូវវែកញែកភាពខុសគ្នារវាងជំងឺ Cryptococcus ឬ ជំងឺ Penicillium ឬ Histoplasmosis (ជាធម្មតា មានសភាពមិនស្រួលខ្លួន) ។ ការព្យាបាល: ដោយខ្លួនឯងនៅមានកំរិត (Self-limiting) ឬ បើកមុខពងទឹកដោយប្រើប្រាស់ម្ជុលដែលរម្ងាប់មេរោគត្រឹមត្រូវ និងបូបទឹកចេញ លាងសំអាត ឬ ទឹក liquid nitrogen cryotherapy ។
ជំងឺសិរមាន់ (Warts) បង្កដោយវីរុស Human papilloma ដំបៅស្បែករាងដូចផ្កាខាត់ណា (Cauliflower-like lesions) នៅដំបន់ប្រដាប់ភេទ និងជុំវិញរន្ធគូថ អាចកើតមាននៅដំបន់ផ្សេងៗ និង ដំបៅរាបស្មើលើផ្ទៃបាតជើង ។ ការព្យាបាល: បើមិនប៉ះពាល់ស្រទាប់ក្រោមស្បែក (Non-mucosal affected areas): លាបសូលុយស្យុង podophyllotoxin ០,៥% ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ៣ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់គ្នាក្នុង១សប្តាហ៍ រហូតដល់ ៤សប្តាហ៍(អតិបរិមា)។ ការពារស្បែកមិនប៉ះពាល់ដោយលាប vaseline ឬ zinc ointment បន្ទាប់មកលាងទឹកនិងសាប៊ូចេញ ក្រោយរយៈពេល ១-៤ ម៉ោង។ មិនត្រូវព្យាបាលដោយឱសថទាំងនេះ ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះទេ ។ ត្រូវព្យាបាលដោយ Cryotherapy ប្រសិនជាមាន។

៣០.៥.៦ ការបង្ករោគស្បែកដោយពពួកផ្សិត

តារាងទី៣០-៣ ការបង្ករោគសើស្បែកដោយពពួកផ្សិត

ការបង្ករោគសើស្បែកដោយពពួកផ្សិត
ជំងឺអង្គែក្បាល (រោគស្រែងលលាដ៍ក្បាល) បង្កដោយ **Tinea corporis, Tinea capitis, Tinea pedis.** កើតនៅ ដងខ្លួន មុខ អវយវៈ ដំបៅរាងដូចរង្វង់ចិញ្ចៀនមានគែមពណ៌ក្រហម និងចំណុចកណ្តាលជាសះស្បើយ ។ **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ**: ភាគច្រើនរោគសញ្ញាគ្លីនិក

ការព្យាបាល: ធ្វើដំបន់សើមឱ្យស្ងួត។ Whitfield's ointment (benzoic acid ជាមួយ salicylic acid) ២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២ទៅ ៥ សប្តាហ៍លើកន្លែងដំបៅស្បែក ។ ឬ ២% miconazole ឬ ១% clotrimazole cream រយៈពេល ២ទៅ ៥សប្តាហ៍ ។ ជំងឺមានការរាលដាល និងព្យាបាលជំងឺ tinea capitis ដោយប្រើ systemic fluconazole ១៥០ម.ក្រ ១សប្តាហ៍/ម្តង រយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ ។
ជំងឺ Tinea onichomycosis បង្កដោយ Tinea unguium ក្រើនខ្លាំងនៅផ្ទៃខាងក្រោមក្រចក ។ **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ**: ការពិនិត្យរកពពួកផ្សិតដោយអតិសុខុមទស្សន៍ និងការបណ្តុះមេរោគផ្សិត **ការព្យាបាល**: ព្យាបាលការបង្ករោគដោយ onychomycosis តែក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរប៉ុណ្ណោះ ដោយប្រើឱសថ Itraconazole ២០០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ លេបរាល់ថ្ងៃក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃដំបូង នៃរយៈពេល ៤ខែជាប់គ្នា ឬ ព្យាបាលដោយឱសថ Terbenafine ប្រសិនបើមាន។ ពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថជាមួយឱសថ ARV ។
ជំងឺស្បែកបង្កដោយកង់ឌីដា (Cutaneous candidiasis) បង្កដោយកង់ឌីដា អាល់ប៊ីកង់ កើតនៅតំបន់បែកញើសមានសំណើម - ស្បែកផ្នត់ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកពណ៌ក្រហម មានគែមកំណត់ច្បាស់ ។ កើតឡើងផងដែរនៅលើប្រដាប់ភេទ ឬ paronychia ។ **ការព្យាបាល**: លាបសូលុយស្យុងTopical ១% aqueous gentian violet, Topical nystatin ឬ miconazole ៣ដង/ថ្ងៃ រហូតដល់ ៤៨ម៉ោង ក្រោយពេលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានប្រសើរឡើង។

៣០.៥.៧ រោគថៃ (Scabies)

តារាងទី៣០-៤ ការបង្ករោគដោយ *Scabies*

ការបង្ករោគដោយ Scabies
រោគថៃ បង្ករោគដោយ Sarcoptes scabiei var. hominis ដំបៅរមាស់ពងបែក ជាពិសេស នៅចង្កេះម្រាមដៃ និងម្រាមជើង ផ្នត់កដៃ តំបន់គន្លាក់ដៃ និងក្លៀក។ **ការព្យាបាល:** Benzyl Benzoate ២៥% lotion ឬ Permethrin ៥% cream: លាបលើដងខ្លួន លើកលែងតែនៅក្បាល/មុខ ទុករយៈពេល១២ម៉ោង បន្ទាប់មកលាងសំអាតចេញ លាបសារជាថ្មីម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃ ។
រោគថៃ Crusted (Norwegian) scabies បង្កដោយ Sarcoptes scabiei var. hominis

បង្ករោគដោយពពួកសត្វល្អិតរាប់លាន និងឆ្លងខ្លាំងណាស់ ។ ស្បែករបកស្រកាក្រាស់ ជាពិសេស នៅត្រង់កែងដៃ ក្រោយកញ្ចឹងកនិងត្រចៀក គូថ។ មិនមែនតែងតែរមាស់ទេ ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីជាលើកទី២ កើតមានជាញឹកញាប់ ។ ការព្យាបាលៈ ជាញឹកញាប់ ត្រូវព្យាបាលរោគកមរមាស់ (ថៃ) ដល់សមាជិកគ្រួសារទាំងមូល - និងបោកសម្អាតសម្លៀកបំពាក់ទាំងអស់ រួមទាំង ភួយ ខ្នើយ កំរាលពូកនិងគ្រែ ។ ការព្យាបាលជាប្រព័ន្ធ ដោយប្រើឱសថ Ivermectin ២០០ម.ក្រ/គ.ក្រ លេបតែ១កម្រិតដូស នឹងបន្តការព្យាបាលឡើងវិញនៅថ្ងៃទី០ ថ្ងៃទី៧ ថ្ងៃទី១៤ ។ ប្រសិនជាគ្មាន ត្រូវព្យាបាលដោយ topical therapy លាបរាល់ថ្ងៃនៅថ្ងៃទី២ ជាមួយ topical keratolytics ដោយឆ្លាស់ថ្ងៃគ្នា (ឧ. salicylic acid ៥–១០% in sorbolene, ឬ lactic acid ៥% + urea ១០% in sorbolene)។ ពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

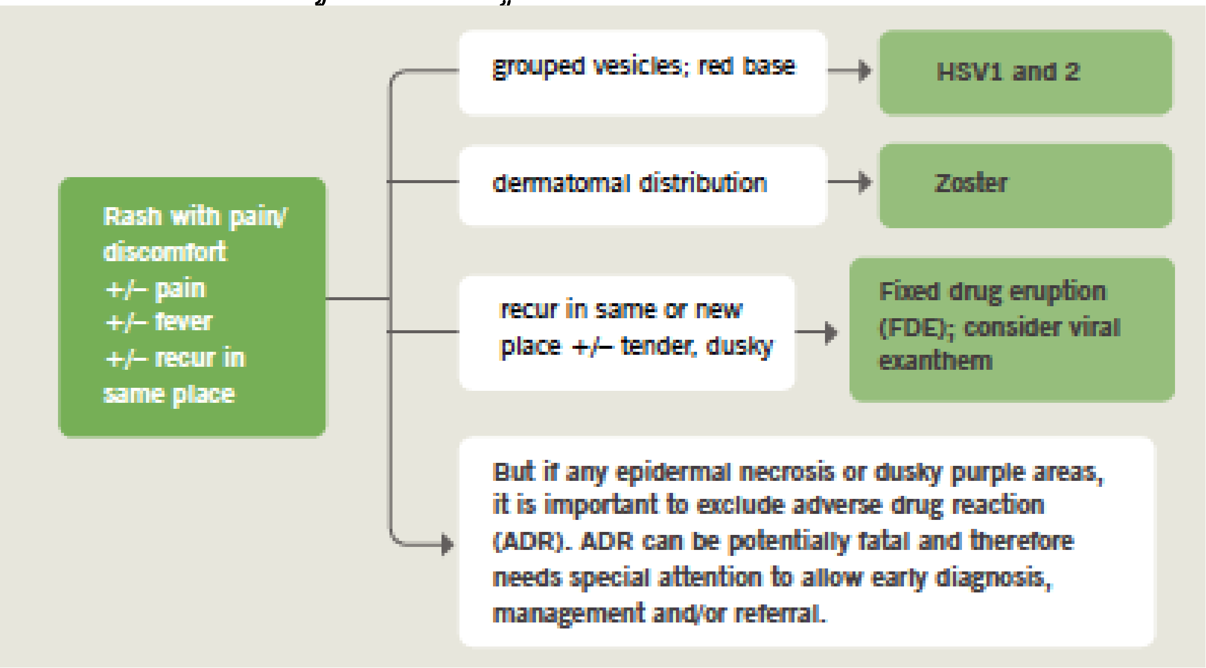
៣០.៥.៨ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង (Non infective skin lesions)

តារាងទី៣០-៥ ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង

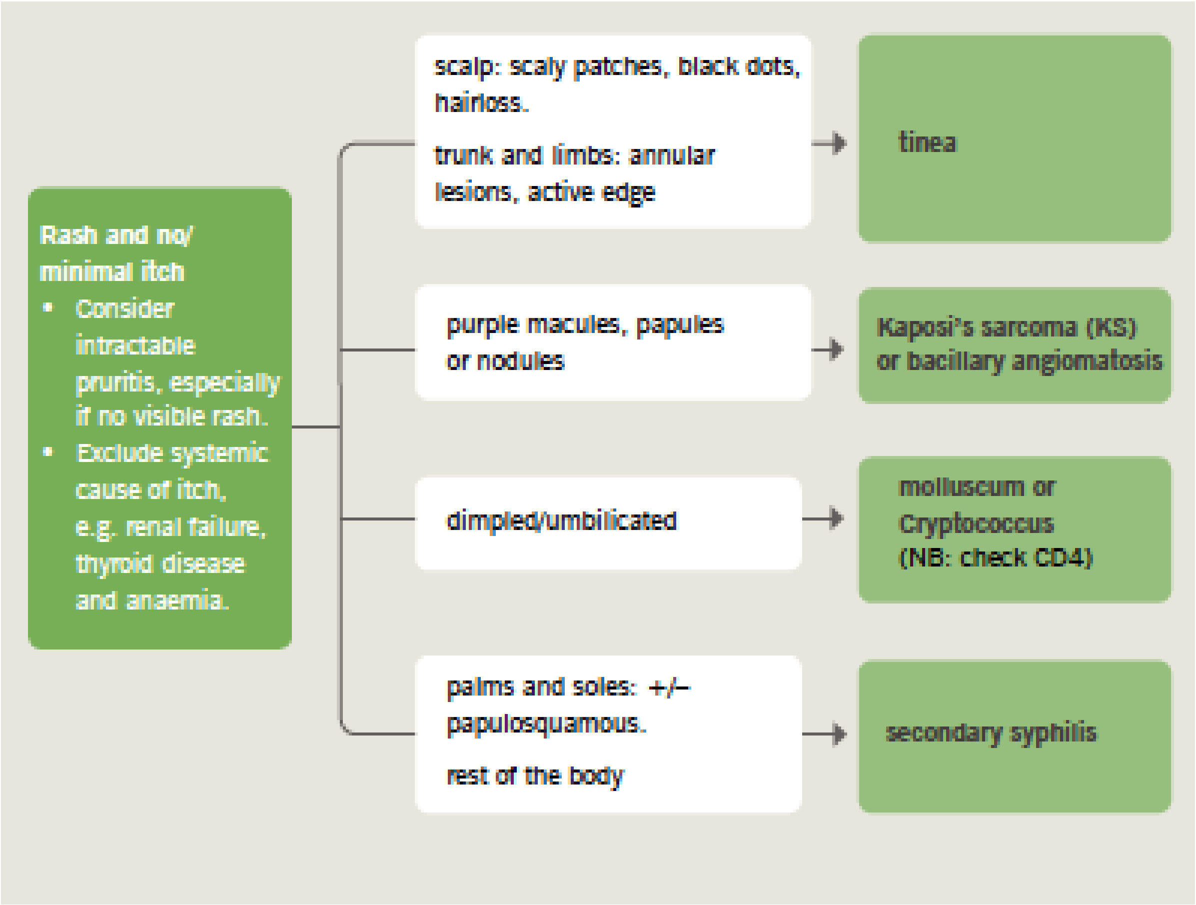
ដំបៅស្បែកដែលមិនមែនបង្កដោយជំងឺឆ្លង
ការរលាកស្បែក ក្រពេញបញ្ចេញញើស (Seborrheic Dermatitis) ការរលាកស្បែកក្រពេញបញ្ចេញញើស កំណត់ដោយស្បែកស្ងួត ស្បែកឡើងស្រកា (flaky) ឬរបកស្រកា ដែលកើតឡើងនៅលើស្បែកក្បាល គេអាចមើលឃើញនៅមុខ លើគន្លាក់ខ្នងច្រមុះ និងបបូរមាត់ (nasolabial) លើស្បែកនៅពីក្រោយត្រចៀក និងចិញ្ចើម។ **ការព្យាបាល**: Selenium sulfide ឬសាប៊ូ ketoconazole កក់លើស្បែកក្បាលដែលមានដំបៅ។ លាប Topical steroids លើកន្លែងមានដំបៅ ៣ដង/ថ្ងៃ។ ត្រូវប្រើតែ ១% hydrocortisone cream លាបលើផ្ទៃមុខ ព្រោះវាអាចបណ្តាលឱ្យស្បែកស្វិត ។ ករណីធ្ងន់ធ្ងរ អាចប្រើ (betamethasone ១០%) លាបនៅដំបន់ផ្សេងៗបានដែរ ។
ជំងឺ Pruritic Papular Eruption (PPE) កើតមានជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 < ២០០កោសិកា/ម.ម³ ផ្លាយបែកដំបៅពងទឹកលើស្បែក ជាទូទៅកើតនៅពាសពេញដងខ្លួន និងនៅចុងដៃចុងជើង អាចពាក់ព័ន្ធនឹងវិបត្តិនៃការឆ្លើយតបនឹងការរលាកបង្កដោយអង់ទីស្សែន ដូចជា ដូចជាកន្លែងមូសខាំញឹកញាប់ ។ រមាស់ខ្លាំងណាស់។ **ការព្យាបាល**: ជាទូទៅ មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ក្រៅពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។ លេប antihistamines អាចជួយបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា ។

ជំងឺ Eosinophilic folliculitis ហើម ក្រហម ស្បែកពងទឹកឡើងក្រហម និងពងខ្ទុះ (pustules) នៅលើមុខ ស្បែកក្បាល ក និងទ្រូង រមាស់។ ការព្យាបាល: អាចកើតសារចុះសារឡើង និងរោគសញ្ញាប្រសើរឡើងវិញក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ លេប antihistamines អាចជួយបន្ធូរបន្ថយរោគសញ្ញា ។
ជំងឺ Psoriasis រោគស្បែករបកក្រហមរាលដាល សង្កេតឃើញកើតឡើងលើអ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយខ្លាំង។ បានបង្ហាញជាមួយ បន្ទះស្បែកក្រាស់ ស្បែកក្បាលពណ៌ទឹកប្រាក់ ភាគច្រើននៅលើផ្ទៃសាច់ដុំ ។ អាចមាននៅម្រាមដៃ និងក្រចកជើង ក្លៀក និងក្រចកឡើងក្រាស់ មិនទៀងទាត់ (onychodystrophy) ។ **ការព្យាបាល**: រួមមានការហាលកំដៅថ្ងៃ ប្រើ coal tar ៥-១០% ointment in salicylate ointment ២ ដង/ថ្ងៃ រាល់ថ្ងៃ ជាមួយសាប៊ូ coal tar (បើមានការប៉ះពាល់ដល់ស្បែកក្បាល) និងប្រើ potent topical steroids (betamethasone 0,១% ឬ Diprosalic cream លាបលើកន្លែងដំបៅ ១-២ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល១៤ថ្ងៃ ។ ជាទូទៅ មិនឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ក្រៅពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
ជំងឺ Kaposis Sarcoma (កំរមានណាស់នៅ អាស៊ី) ជាជំងឺមហារីកបង្កដោយវីរុស HHV8 ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO។ មានផ្ទាំងពងទឹកមួយ ឬច្រើន ពណ៌ស្វាយ ជាញឹកញាប់មានផ្ទៃរលូន ប៉ុន្តែអាចមានស្រកាស្បែក ឬដំបៅ ។ កើតមាននៅគ្រប់ទីកន្លែងលើស្បែក ជាញឹកញាប់នៅ ក្រអូមមាត់ខាងលើ នៅជើង អាចមាន/គ្មានការហើមជើង។ សរីរាងខាងក្នុង នៃជំងឺ KS រួមមាន ទ្រូង - ឡើងខ្ទុះក្នុងសួត សរីរាង្គក្នុងពោះ (ឈាមក្នុងលាមក)។ ការព្យាបាលៈ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ អំពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលដោយ radio /chemotherapy ។

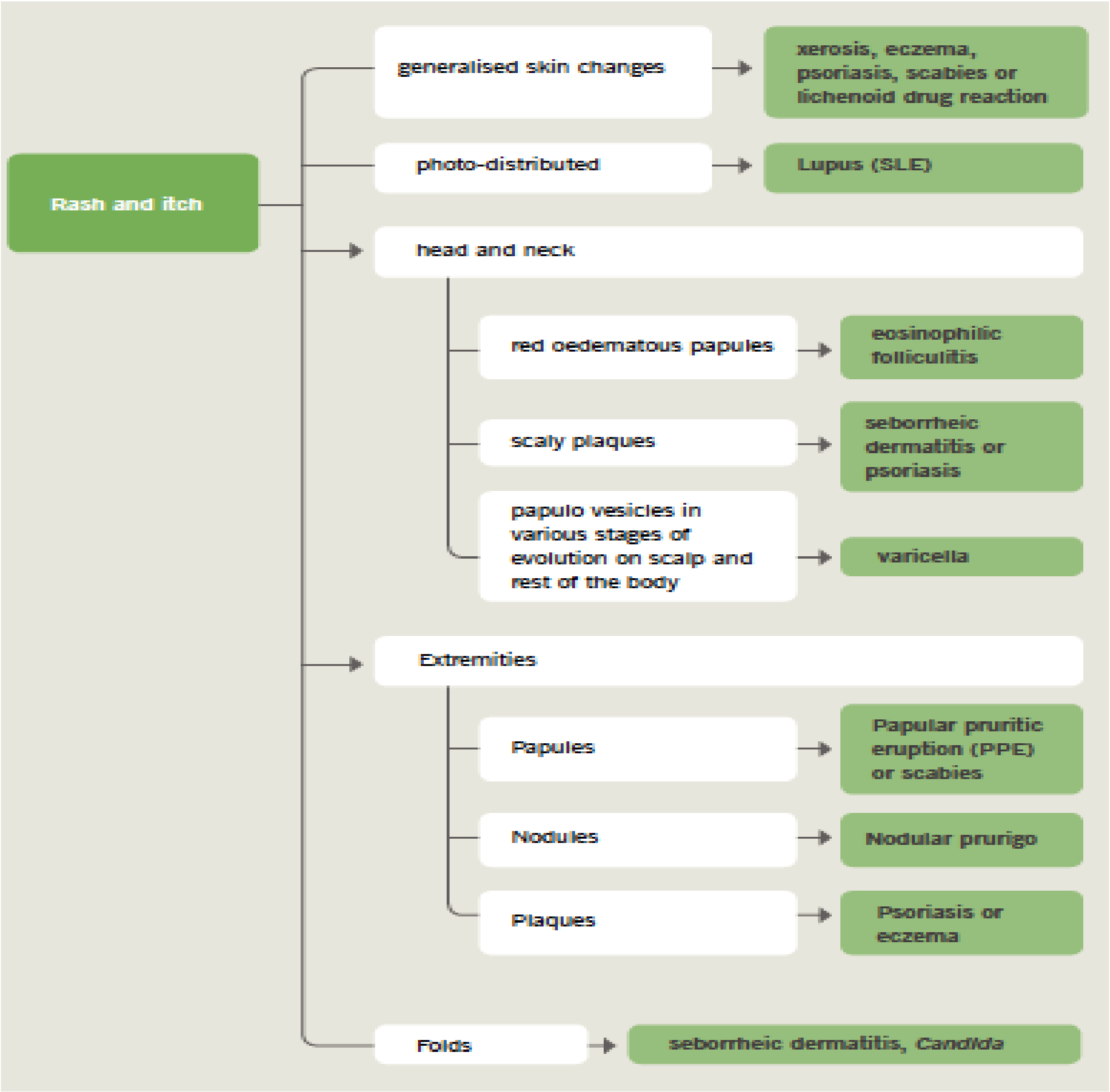
រូបភាពទី៣០-១ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានការឈឺចាប់



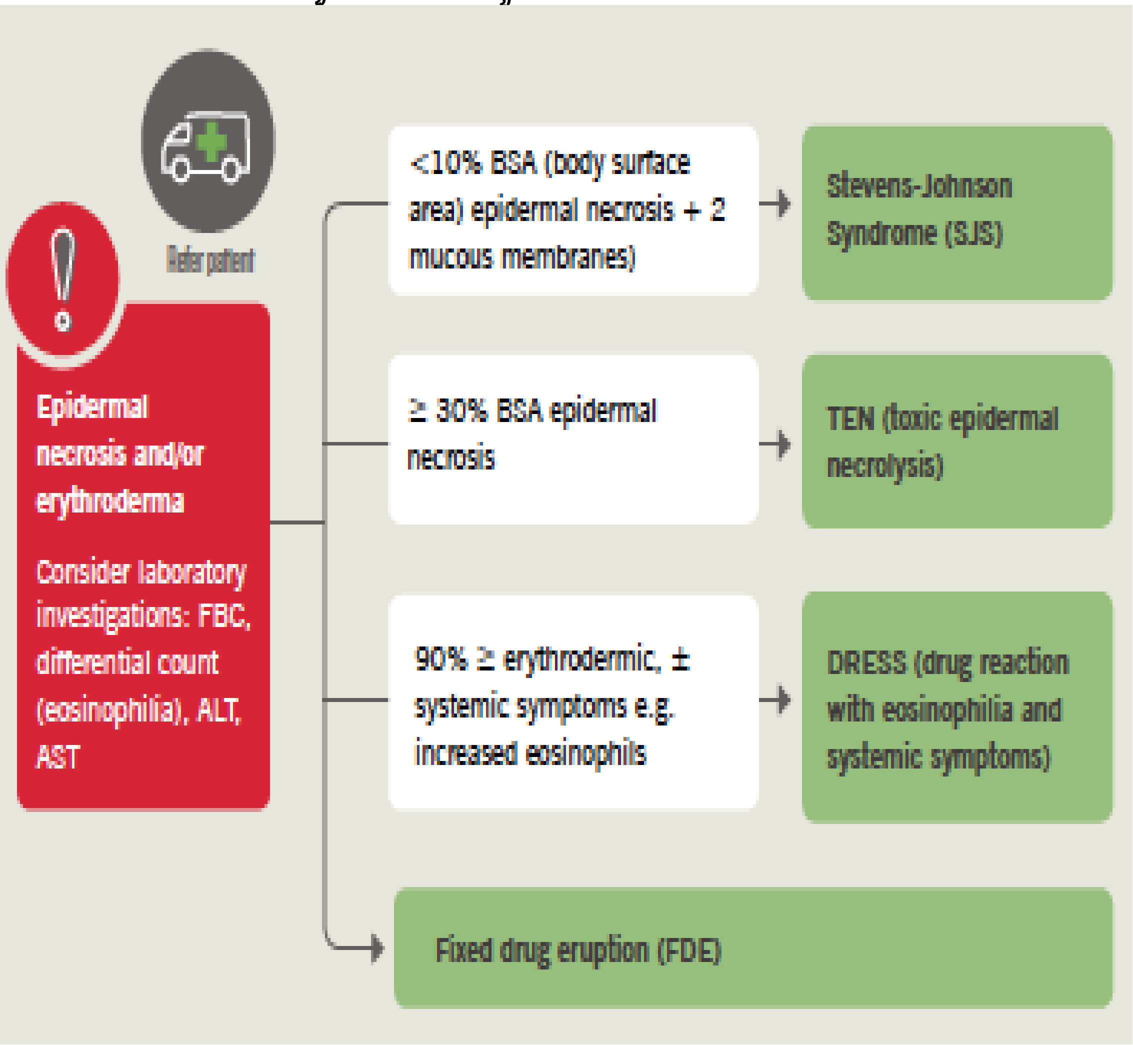
រូបភាពទី៣០-២ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលគ្មានការឈឺចាប់ រមាស់



រូបភាពទី៣០-៣ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដែលមានរមាស់



រូបភាពទី៣០-៤ គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ



ជំពូក ៣១. ការបង្ករោគតាមផ្លូវបន្តពូជនិងកាមរោគ

- វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងដៃគូរបស់ពួកគាត់ ត្រូវបានទទួលការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ១)ក្នុងគោលបំណងដើម្បីថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ និង ២)ដោយសារតែជំងឺកាមរោគបង្កើនហានិភ័យការឆ្លងរាលដាលនៃមេរោគអេដស៍ ។
- ជាទូទៅ ការវាយតម្លៃនិងការព្យាបាលជំងឺកាមរោគលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គឺដូចគ្នាជាមួយបុគ្គលដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។
- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលជំងឺកាមរោគរបស់ NCHADS ជាពិសេស ម៉ូឌុលទី៥ ជំពូកទី៦៖ ការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ/បង្ករោគនៅប្រដាប់បន្តពូជ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍[៤៧] ។
- សូមអានផ្នែកគោលការណែនាំនេះ ក្នុង ជំពូក ៣. ស្ត្រីដែលស្ថិតក្នុងវ័យបន្តពូជ។

៣១.១ ជំងឺបង្កដោយកង់ឌីដាលើទ្វារមាស (Vaginal candidiasis)

ជំងឺ Vaginal candidiasis កើតឡើងញឹកញាប់ជាងគេ បង្កជាបញ្ហាលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ភេទស្រីមួយចំនួន ។

៣១.២ រោគសញ្ញាគ្លីនិក

រោគសញ្ញា: រមាស់ ឬ អារម្មណ៍ក្តៅ និងធ្លាក់ស ។
ការពិនិត្យ: ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ដែលមានសភាពដូចបន្ទះឈីស (cheese-like plaques) នៅតំបន់ទ្វារមាសមានពណ៌ក្រហម ហើម និងរឹងតិចៗ(tender) ។

៣១.៣ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

ការព្យាបាល ត្រូវឈរលើមូលដ្ឋានរោគសញ្ញាគ្លីនិក និងការរកឃើញរោគសញ្ញាពេលពិនិត្យគ្លីនិក ។
សូមពិចារណាផងដែរ ពីមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃការធ្លាក់សតាមទ្វារមាស រួមទាំង ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីនៅទ្វារមាស (Bacterial Vaginaosis) និងជំងឺរលាកទ្វារមាសបង្កដោយមេរោគប្រមេះ Chlamydia និង Trichomonas ។ ជាពិសេស នៅពេលគ្មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកច្បាស់លាស់ ឬការព្យាបាលគ្មានប្រសិទ្ធភាព។

---

[៤៧] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល។ គោលការណ៍ ណែនាំជាតិសំរាប់គ្រប់គ្រងករណីការឆ្លងកាមរោគ និងការបង្ករោគតាមប្រព័ន្ធបន្តពូជ។ ឆ្នាំ២០១០ ម៉ូឌុល៦ ជំពូក៦ ទំព័រ ២១៧ -២២២

៣១.៤ ការព្យាបាលស្ពូងជា

(ជំរើសណាមួយ នៃជំរើសខាងក្រោម)

- Clotrimazole vaginal cream ៥ក្រ/ថ្ងៃ ឬ clotrimazole vaginal suppository ១០០ម.ក្រ សុល១ថ្ងៃ/ម្ដង រយៈពេល ៣-៧ថ្ងៃ ឬ clotrimazole ៥០០ ម.ក្រ suppository សុលតែម្ដងគត់ ។
- Miconazole cream ៥ក្រាម/ថ្ងៃ ឬ ១០០ម.ក្រ vaginal suppository រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ ។
- Nystatin ១០០.០០០ units vaginal suppository រាល់ថ្ងៃ រយៈពេល ១៤ថ្ងៃ ។

៣១.៥ ការព្យាបាលជំងឺបង្កដោយគង់ឌីដានៅទ្វារមាស

- Fluconazole ១៥០-២០០ ម.ក្រ ប្រើតែម្ដង (ប្រើឱសថដែលមានឥទ្ធិពលយូរ អាចនឹងពិចារណាយក ប្រើប្រាស់ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ) ។

ជំងឺមហារីក បណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍

ជំពូក ៣២. ជំងឺមហារីកបណ្ដាលមកពីមេរោគអេដស៍

ជំងឺមហារីកប្រភេទ lymphoma លើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល (Primary CNS lymphoma) ឬ B cell non-Hodkin's lymphoma (ពាក់ព័ន្ធជាមួយវីរុស EBV) មហារីកមាត់ស្បូនក្នុងដំណាក់កាលរាលដាល (invasive cervical carcinoma ទាក់ទងនឹងវីរុស HPV) និងមហារីក Kaposi's sarcoma (បណ្ដាលមកពីវីរុស HHV-8) គឺជាប្រភេទជំងឺ ដែលចាត់ចូលក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO ។ អត្រាជំងឺមហារីកដែលមិនទាក់ទងនឹងជំងឺមេរោគអេដស៍ ក៏មានកម្រិតខ្ពស់ផងដែរ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ឧ.មហារីកសួត ។

ជម្រើសនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺមហារីក នៅប្រទេសកម្ពុជានៅមានកម្រិត ។ ការ ផ្ដោតសំខាន់បំផុត គឺការបង្ការជំងឺមហារីក តាមរយៈការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់រហ័ស និងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ។ លើសពីនេះទៅទៀត ត្រូវជម្រុញវិធានការបង្ការផ្សេងទៀត ជាពិសេស ការអប់រំក្នុងការបញ្ឈប់ការជក់បារី (សូមមើលរូបភាពទី ៣៥-១៖ ឧបករណ៍ផ្ដល់ប្រឹក្សាជាជំនួយដល់បុគ្គលដែលចង់ឈប់ជក់បារី យោងតាម WHO) ។

៣២.១ ជំងឺមហារីក Non-Hodgkin's lymphoma (NHL)

ជំងឺមហារី NHL កើតឡើងជាញឹកញាប់ លើអ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់ធ្ងន់ធ្ងរ (CD4 < ៥០កោសិកា/មម^{៣}) និងលេចចេញរោគសញ្ញាខាងក្រោម ៖

- Systemic NHL (>៨០%)
- ជំងឺមហារីក lymphoma នៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល (១៥%)
- ជំងឺមហារីក lymphoma ដំបូង រាលដាលច្រើនកន្លែង (ឬនៅ body cavity) (<៥%) ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

លេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិក ស្រដៀងគ្នាទៅនឹងជំងឺរបេង និងត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាជំងឺមហារីក ប្រសិនបើបរាជ័យក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺរបេង ក្នុងនោះរួមមាន គ្រុនក្ដៅ ឡើងកូនកណ្ដុរ (lymphadenopathy) អស់កម្លាំង ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ អណ្ដើករីកធំ (splenomegaly) ថ្លើមរីកធំ (hepatomegaly) និងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការជ្រៀតចូលនៅផ្នែកណាមួយ (focal infiltrates) និងថយចុះកោសិកាឈាមទាំងអស់ (CBC)។

តារាងទី ៣២-១ រោគសញ្ញានៃ *NHL* អាស្រ័យតាមកន្លែងបង្ករោគ

ដុំមហារីកនៅជំបន់ Mediastin ឬនៅបំពង់ក	ដុំមហារីកនៅក្នុងពោះ
ពិបាកដកដង្ហើម ដកដង្ហើមញាប់ ដកដង្ហើមលឺសំលេង ក្អក ថយចុះសំលេងដង្ហើមនៅតាមកន្លែង។	ការប៉ោងតឹងពោះ ទាចទឹក ដុំពោះ កើតលឿងការឈឺចាប់ ។
ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល	**ដុំមហារីកនៅតំបន់មុខនិងថ្គាម (Maxillofacial tumor)**
ឈឺក្បាល ក្អួត វិបត្តិគំហើញ បាត់លំនឹងពេលដើរ ខ្វិនសរសៃប្រសាទខួរក្បាល (Cranial nerve palsies) ខ្វិនមួយចំហៀងខ្លួន ប្រកាច់។	ដុះដុំនៅតំបន់ថ្គាម ស្ពឹកស្រពន់ចង្កា (ការគៀបសង្កត់សរសៃប្រសាទបញ្ជាផ្ទៃមុខ) (peripheral facial nerve compression) ។ ការសំដែងទឹកមុខពុំមានលក្ខណៈស៊ីមេទ្រីគ្នា (Asymmetric facial expression) ។

ការធ្វើរោគវនិច្ឆ័យ

ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន មានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ អ្នកជំងឺត្រូវទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងសាកល្បងជាមុនសិន ។ ប្រសិនបើ គ្មានការឆ្លើយតបនឹងការព្យាបាលទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅធ្វើការវាយតម្លៃ និងគ្រប់គ្រងព្យាបាលបន្ថែមទៀត ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ គឺតម្រូវឱ្យច្រិបយកជាលិកាទៅវិភាគ (histopathology) ។

ជម្រើសនៃការព្យាបាលជំងឺមហារីក នៅប្រទេសកម្ពុជានៅមានកម្រិត។ប្រសិនបើអាចត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀតដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃនិងព្យាបាលជំងឺមហារីក។

៣២.២ មហារីកមាត់ស្បូន

ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន កើតញឹកញាប់ជាងគេនៅទូទាំងពិភពលោក ។ វាបង្កឡើងដោយការបង្ករោគដោយវីរុស HPV នៅមាត់ស្បូន ដោយមិនត្រូវបានជម្រះដោយឯកឯង បន្តវិវត្តន៍ទៅតាមពេលវេលា ចូលក្នុងកោសិកាអេពីតេលីយ៉ូមនៃមាត់ស្បូន (cervical intraepithelial dysplasia= CIN) និងបង្កជាជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរាលដាល ។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានសំណាងតិចតួចក្នុងការជម្រះការបង្ករោគដោយវីរុស HPV និងមានអត្រាអាំងស៊ីដង់ជំងឺ CIN ខ្ពស់ និងទំនងនឹងមានការវិវត្តន៍ទៅជំងឺមហារីករាលដាល បើប្រៀបធៀបជាមួយស្ត្រីដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។ កត្តាហានិភ័យរួមចំណែកដទៃទៀតនៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមមាន ការជក់បារី និងការបង្ករោគដោយជំងឺកាមរោគ ផ្សេងៗ ។

ការបង្ការជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន

- ចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការវីរុស HPV (មិនបានធ្វើជាប្រចាំនៅប្រទេសកម្ពុជាទេ) គឺជាវីរុសបង្កហេតុជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន គួរតែត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការដល់ក្មេងស្រីជំទង់មុនពេលចាប់ផ្តើមសកម្មភាពផ្លូវភេទ ។
- ឆ្លើយតបទៅនឹងកត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀត៖ បញ្ឈប់ការជក់បារី ចៀសវាងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ និងព្យាបាលជំងឺកាមរោគឱ្យបានឆាប់ ។
- ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យការឆ្លងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង មេរោគភ្លាមៗ ។
- ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (Screening)៖ រកឃើញតាមរយៈការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ អាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេលជាច្រើនឆ្នាំ មុនពេលលេចចេញរោគសញ្ញាគ្លីនិកនៃជំងឺមហារីករាលដាល ។ វិធីសាស្ត្រនៃការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ រួមមាន ការវិភាគកោសិកា (Cytology) (Papanicolou ឬ លាប "Pap" លើសំណាកកោសិកាមាត់ស្បូន និង/ឬធ្វើតេស្ត HPV PCR ដែលកំណត់ពីដំបៅដែលអាចព្យាបាលធម្មតា ។ នៅក្នុងប្រទេសដែលធនធាននៅមានកំរិត វិធីសាស្ត្រក្នុងការពិនិត្យផ្ទាល់ភ្នែក ត្រូវបាន អនុវត្តន៍ (លាយអាស៊ីត acetic (VIA) ឬអ៊ីយ៉ូតរបស់ Lugol) ក្រោយពីព្យាបាលដោយ cryotherapy ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន ដូចជា សេវាពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលតែមួយ ។ ប្រសិនបើមាន លទ្ធភាពត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីដែលមានអាយុលើសពី ៣៥ឆ្នាំទាំងអស់ មកធ្វើការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ។

រោគសញ្ញាគ្លីនិក

ជំងឺ Cervical dysplasia និងជំងឺមហារីក ជាធម្មតា គ្មានរោគសញ្ញា រហូតដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប៉ុន្តែវាអាចបង្ហាញរោគសញ្ញាឆ្លាស់គ្នារវាងការហូរឈាមតាមទ្វារមាស និងការធ្លាក់ស ការហូរឈាមបន្ទាប់ពីសកម្មភាពផ្លូវភេទ ធ្លាក់សតាមទ្វារមាស ។ ស្ត្រីដែលកើតជំងឺមហារីករាលដាល អាចបង្ហាញរោគសញ្ញាដោយ គ្រុនក្តៅ ស្រកទម្ងន់ ឈឺចាប់នៅដំបន់ឆ្អឹងអាងត្រគាក ឬផ្នែកខាងក្រោមពោះ ស្ទះតម្រងនោម ឬទល់លាមក ហូរលាមកតាមទ្វារមាស ឬអាចលាយឈាម ឬលាមកក្នុងទឹកនោម ។ វាជាការសំខាន់ណាស់ ក្នុងការពិនិត្យអាងត្រគាក រួមបញ្ចូលទាំង ការត្រួតពិនិត្យមើល និងការស្ទាប(palpation) រកមើលរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ ។

ការព្យាបាល

ជម្រើសនៃការព្យាបាលនៅមានកម្រិតនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ទោះជាយ៉ាងណា ប្រសិនបើអាច ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត សម្រាប់ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងព្យាបាលបន្ថែមទៀតនៃជំងឺ cervical dysplasia ដោយធ្វើការវះកាត់ ឬ ដុតមាត់ស្បូនដោយប្រើចរន្ត អគ្គីសនី ឬវិធី វះកាត់យកមាត់ស្បូនចេញ (cone excision procedures)។ ការព្យាបាលជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមមាន ការវះកាត់យកស្បូនចេញ ការព្យាបាលដោយបាញ់កាំរស្មី និងប្រើឱសថប្រឆាំងមហារីក (chemotherapy) ។

អាហារូបត្ថម្ភ និង ជំងឺមិនឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ

ជំពូក ៣៣. អាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគ អេដស៍

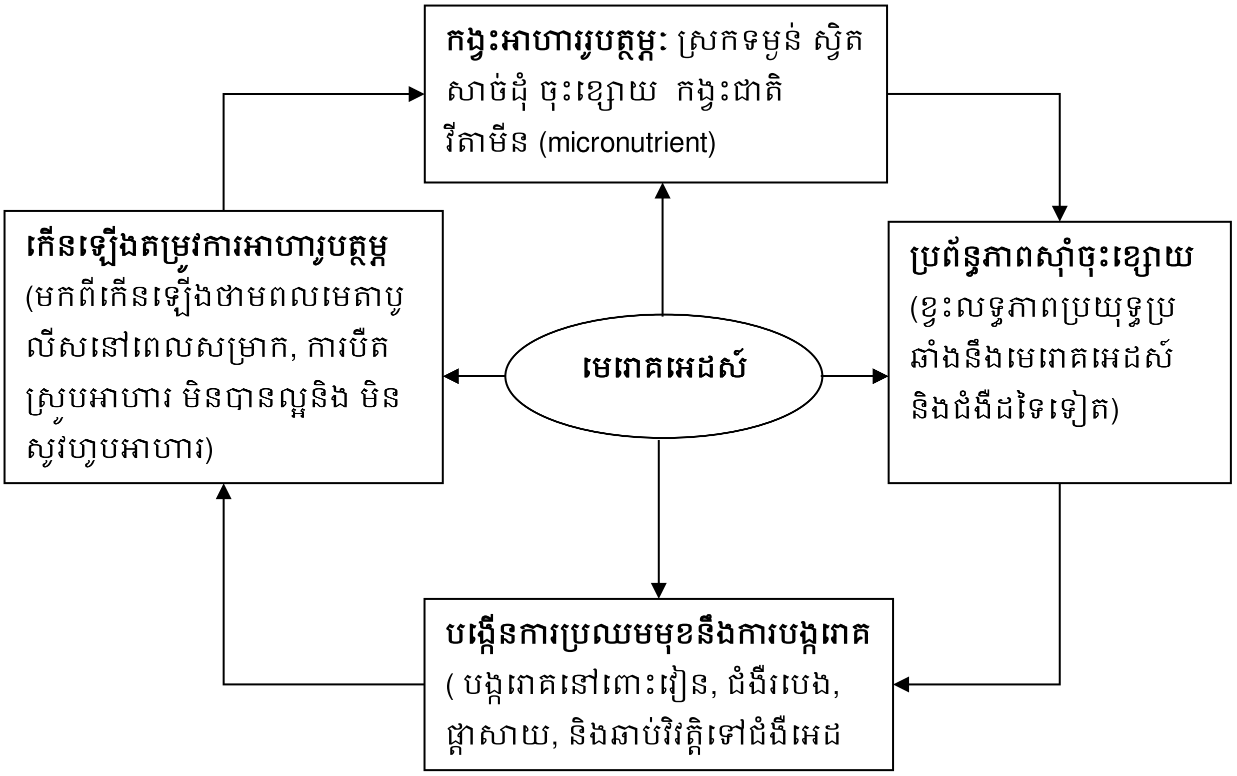
៣៣.១ ចំណុចគន្លឹះ

- អ្នកជំងឺអេដស៍ (ជាពិសេសអ្នកជំងឺដែលមិនទាន់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) បានបង្កើនអត្រាមេតាប៉ូលីស និងតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភ បណ្តាលមកពីការបង្ករោគ ឱកាសនិយមសារចុះសារឡើង និងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ។
- ជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ បណ្តាលឱ្យកើនឡើងការប្រឈមមុខនឹងការបង្ករោគឱកាសនិយម និងកើនឡើងអត្រាមរណៈភាព ។
- អ្នកជំងឺអេដស៍ បង្កើនតម្រូវការកាល់ឡូរីបន្ថែមពី ១០-៣០% ។
- ការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់ អាចបណ្តាលមកពីកង្វះលទ្ធភាពទទួលបានអាហារសមស្រប មិនសូវចង់ហូបអាហារ មានរោគសញ្ញាគ្លីនិក ឬវិបត្តិនៃការស្រូបយកនៃសារជាតិចិញ្ចឹម(malabsorption) បណ្តាលមកពី វិបត្តិប្រដាប់រំលាយអាហារ ។
- ម៉្យាងទៀត អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចនឹងលើសទម្ងន់ និងមានហានិភ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ ក្នុងការតាមដានទម្ងន់ សន្ទស្សន៍ body mass index (BMI) និងស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភលើគ្រប់អ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ។

៣៣.២ និយមន័យនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ

និយមន័យធម្មតានៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភគឺ ″ជាលក្ខខណ្ឌមួយដែលជាលទ្ធផលនៃការបរិភោគចំណីអាហារជាមូលដ្ឋាន និងសារជាតិចិញ្ចឹម មិនបានសមស្រប អាចធ្វើឱ្យចុះខ្សោយសុខភាពផ្លូវកាយ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំង បង្កើនការប្រឈមមុខនឹងការបង្កជំងឺផ្សេងៗ″ ។

រូបភាពទី៣៣-១ វដ្តនៃជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងជំងឺអេដស៍[៤៨]



៣៣.៣ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺកង្វះអាហារូបត្ថម្ភ និងការគ្រប់គ្រងទម្ងន់

៣៣.៣.១ ការវាយតម្លៃលើកដំបូង

១. សួរអ្នកជំងឺ ប្រសិនកបើ អ្នកជំងឺដឹងពីទម្ងន់ខ្លួន (BBW) នៅដំណាក់កាលដើមគ្រា មុនពេលធ្លាក់ខ្លួនឈឺ។

- វាយតម្លៃការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ជា % ធៀបនឹងទម្ងន់ BBW
  ការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ជា % = (BBW - ទម្ងន់បច្ចុប្បន្ន) / BBW x ១០០
- ស្រកទម្ងន់នៃដំណាក់កាល WHO គឺផ្អែកតាមការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ធៀបនឹងទម្ងន់ BBW
  <១០% = ដំណាក់កាលទី២នៃ WHO > ១០% = ដំណាក់ទី៣ នៃ WHO និង HIV wasting syndrome = ដំណាក់កាលទី៤ នៃ WHO ។

២. គណនា body mass index (BMI) – វាស់កម្ពស់ និងថ្លឹងទម្ងន់

- BMI = ទម្ងន់គិតជា(គ.ក្រ) ចែកជាមួយនឹងការ៉េនៃកម្ពស់ជាម៉ែត្រ = (គ.ក្រ/ម^{២}) ។
- ការបែងចែក BMI ស្របតាមតារាងទី៣៣-១ ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញ វ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ស្របតាមWHO និងរូបភាព ៣៣.២ចំណាត់ថ្នាក់ BMI របស់ WHO សំរាប់ក្មេងនិង ក្មេងជំទង់ ។

៣. ការវាស់វែងបរិវេណចង្កេះ

[៤៨] កែសម្រួលមកពី គំរោង *RCQHC* និង *FANTA* ២០០៣,អាហារូបត្ថម្ភ និង អេដស៍ *:* សៀវភៅ បណ្តុះបណ្តាល

- វិធីសាស្ត្រ: ឈរ សន្ទឹងដៃ ដាក់ជើងស្របគ្នា ។ ប្រើម៉ែត្រសំពាត់សម្រាប់វាស់វែងកុំសង្កត់ស្បែក ។ ការវាស់វែងនៅត្រង់ចន្លោះឆ្អឹងជំនីផុត (lower ribs) និងកំពូលឆ្អឹងផាល(iliac crest)។
- លើសទម្ងន់ = បុរស ≥ ៨៥ ស.ម និង ស្ត្រី ≥ ៨០ ស.ម ។

៤. សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធ ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមាន **ទម្ងន់ស្រាល ទម្ងន់ធម្មតា** ឬ **លើសទម្ងន់**។

៣៣.៣.២ ការវាយតម្លៃទម្ងន់រាល់ពេល ពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ

- ពិនិត្យទម្ងន់ តាមដាន និងរៀបចំផែនការគ្រប់គ្រងទម្ងន់
  - បើមានការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់–គណនា BMI, % នៃការផ្លាស់ប្តូរទម្ងន់ + ទំហំចង្កេះ ។
  - បើទម្ងន់ថយចុះ – គណនា % នៃទម្ងន់ដែលថយចុះពី BBW និងធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ជំណាក់នៃ WHO ឱ្យបានសមស្រប។

ពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺនៅពេលដំបូង និងនៅពេលតាមដានជំងឺ– សូមអានផ្នែកខាងក្រោម (ក្នុងជំពូកនេះ) ទាក់ទងនឹងស្ថានភាពជំងឺ ៖

- ទម្ងន់ស្រាល (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ WHO និង BMI): ផ្នែក៣៣.៤ទម្ងន់ស្រាលឬស្រកទម្ងន់
- លើសទម្ងន់ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃ BMI ឬ ទំហំចង្កេះ): ផ្នែក៣៣.៥.លើសទម្ងន់
- ទម្ងន់ធម្មតា): ផ្នែក៣៣.៦.ទម្ងន់ធម្មតាពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺដំបូង ឬពេល មកពិនិត្យតាមដាន។

តារាងទី៣៣-១ ការធ្វើចំណាត់ថ្នាក់ *BMI* ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដើម្បីកំណត់ថា ទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម*WHO* [៤៩]

ចំណាត់ថ្នាក់	ទម្ងន់កំណត់ដោយ WHO	ទម្ងន់កំណត់ដោយកម្ពុជា*
ទម្ងន់ស្រាល	**< ១៨,៥០**	**< ១៨,៥០**
ស្គមខ្លាំង	<១៦.០	<១៦.០
ស្គមមធ្យម	១៦.០ - ១៦.៩	១៦.០ - ១៦.៩
ស្គមតិចតួច	១៧.០ - ១៨.៤	១៧.០ - ១៨.៤
ចន្លោះទម្ងន់ធម្មតា	**១៨,៥ – ២៤,៩**	**១៨,៥ - ២២,៩**
លើសទម្ងន់	**≥២៥,០**	**២៣,០-២៤,៩**
មុនធាត់	២៥,០ - ២៩,៩	
ធាត់ខ្លាំង	**≥៣០,០**	**≥ ២៥**
ការប្រឈមមុខនឹងបញ្ហាសុខភាពទាក់ទងនឹងការលើសទម្ងន់ អាចកើតឡើងនៅក្រោមចន្លោះកម្រិតទម្ងន់ដែលកំណត់ដោយ WHO ក្នុងចំណោមប្រជាជនអាស៊ី ។ អង្គការ WHO បានបន្ថែមនៅចំណុចសម្គាល់ជាជម្រើសផ្សេងទៀត (cut off points) ដែលអាចយកមកសម្របសម្រួលសម្រាប់ប្រជាជនកម្ពុជា[៥០] ។		

[៤៩]កែសម្រួលពីចំណាត់ថ្នាក់របស់អង្គការសុខភាពពិភោពលោក: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

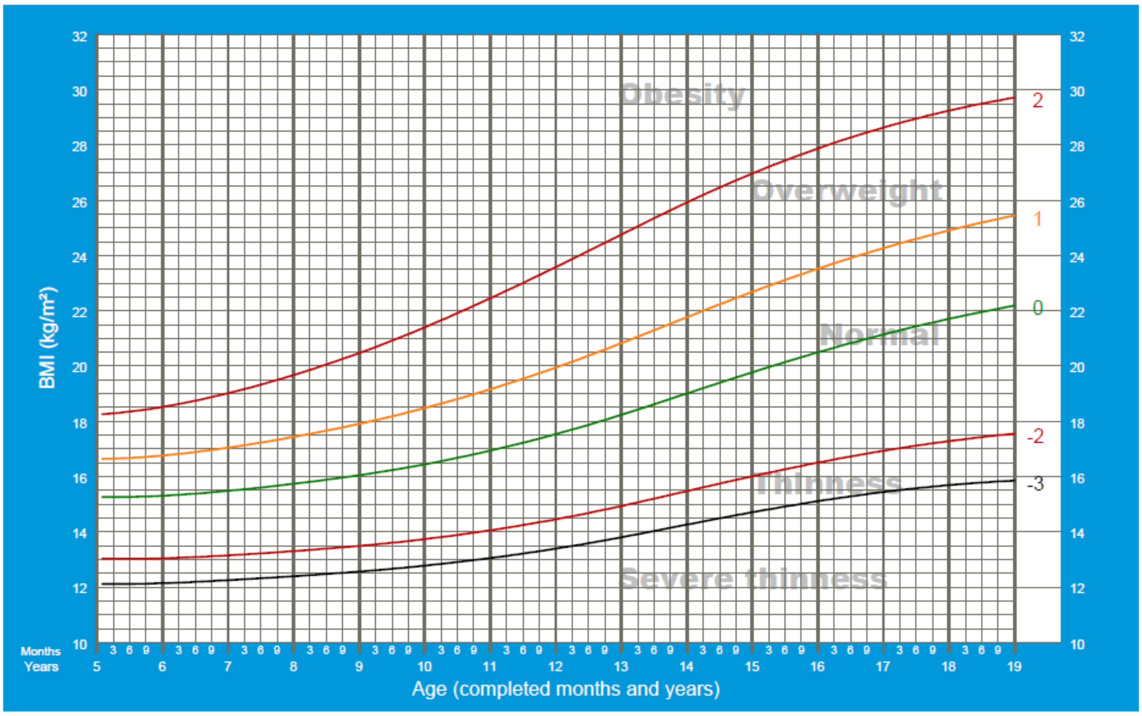
[៥០] តួលេខនេះស្របតាម គោលការណ៍ណែនាំអនុវត្តគ្លីនិករបស់ MoH កម្ពុជា។ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២។ការថែទាំបន្ត អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានឬគ្មានផលវិបាក នៅគ្លីនិកជំងឺមិនឆ្លង កា.រិ.មន្ទីរពេទ្យបង្អែកសំរាប់បង្ការនិង គ្រប់គ្រងជំងឺមិនឆ្លង Dept.Preventive medicine ២០១៥។

រូបភាពទី៣៣-២ ចំណាត់ថ្នាក់ *BMI* ចំពោះកុមារ/ក្មេងជំទង់ ស្របតាម *WHO*

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)

World Health Organization

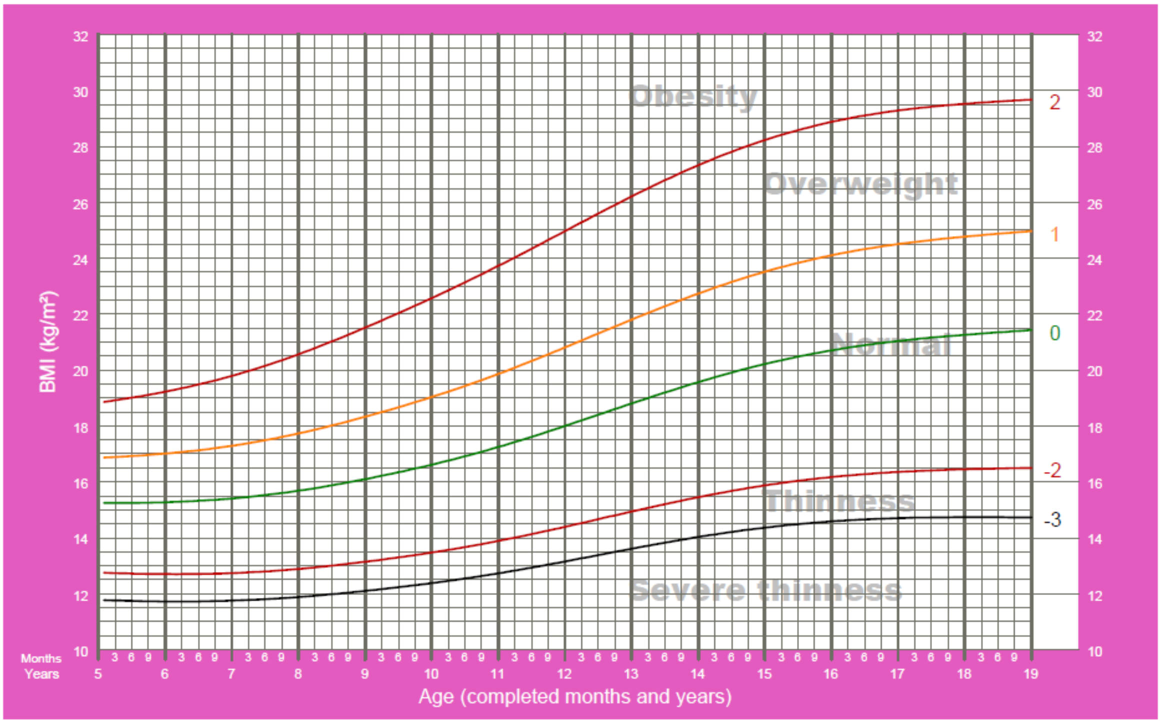


2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

World Health Organization



2007 WHO Reference

៣៣.៤ ទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់: ការវាយតម្លៃ និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

ការវាយតម្លៃ

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមានទម្ងន់ស្រាល ឬស្រកទម្ងន់ > ៥% នៃទម្ងន់ → ត្រូវពិនិត្យពីប្រវត្តិអ្នកជំងឺ និង ពិនិត្យគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃអំពីៈ

- ការបរិភោគអាហារជាទូទៅ
- ចំណេះដឹងអំពី អាហារូបត្ថម្ភ
- ចំណេះដឹងអំពីសុវត្ថិភាពទឹក
- លទ្ធភាពក្នុងការទទួលបានអាហារ– បញ្ហាសេដ្ឋកិច្ចទាក់ទងនឹងសុវត្ថិភាពស្បៀង
- ចង់ហូបអាហារ(Appetite)
- ផលវិបាកឱសថ -ឧ. ចង្អោរ
- ការហូបអាហារ
  - រស់ជាតិអាហារប្រែប្រួល
  - ដំបៅមាត់ រលោកអញ្ចាញធ្មេញ ជំងឺផ្សិតបង្កដោយពពួក candidiasis នៅមាត់
  - ឈឺចាប់ ឬពិបាកលេប
  - សរសៃប្រសាទលេបមានបញ្ហា
  - ការឈឺចាប់សាច់ដុំពោះ ឬការឈឺចាប់ពោះ។
- ជំងឺរាករូស (រួមទាំង ភស្តុតាងនៃវិបត្តិនៃការស្រូបយកសារជាតិចិញ្ចឹម ដោយឃើញ-ជាតិខ្លាញ់/អាហារក្នុងលាមក) ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ព្យាបាលជំងឺដែលអាចព្យាបាលជា - ឧ. ជ្រាំងមាត់ ដំបៅមាត់ រលោកអញ្ចាញធ្មេញ
- ធានាថាអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារឱ្យយល់ថា ពួកគេត្រូវការបង្កើនការទទួលទានអាហារ ដើម្បីទទួលបានសុខភាពល្អ (ហើយការហូបតែបបរមួយមុខ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ) ។
- អ្នកជំងឺដែលមានទម្ងន់ស្រាល ត្រូវរក្សាតុល្យភាពរបបអាហារ (រៀបរាប់លម្អិតក្នុង តារាងទី៣៤- ១ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការនិង គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង) តែត្រូវបរិភោគជាតិខ្លាញ់ និងស្ករច្រើន រហូតទម្ងន់ឡើងមកធម្មតាវិញ ។
- បើអ្នកជំងឺមិនចង់ហូបអាហារ គាត់ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងបន្ថែមទៀតក្នុងការបរិភោគអាហារឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ។
- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកម្មវិធីសន្តិសុខស្បៀងអាហារ ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រ បើសិនជាចាំបាច់។
- រោគសញ្ញាដែលបានកំណត់ សូមមើលតារាងដូចខាងក្រោម ។
- តាមដានទម្ងន់ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និង ពិភាក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ។

តារាងទី៣៣-២ រោគសញ្ញាដែលជាគោលដៅ ក្នុងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការបរិភោគអាហារមិនគ្រប់គ្រាន់

រោគសញ្ញា	ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល [៥១]
មិនឃ្លានអាហារ	• ហូបអាហារតិចៗ, ញឹកញាប់ ៥-៦ ដង/ថ្ងៃ • ហូបអាហារសម្រន់ដែលមានសារជាតិចិញ្ចឹម • ផឹកទឹកឱ្យច្រើន • ហាត់ប្រាណកម្រិតស្រាល ដូចជា ដើរចុះដើរឡើង មុនហូបអាហារ- ដើម្បីជម្រុញឱ្យឃ្លានអាហារ • មានគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិជួយរៀបចម្អិនម្ហូបអាហារ • ធ្វើលំហាត់ប្រាណបន្តិចបន្តួច និងធ្វើសកម្មភាពបន្តិចបន្តួច • បន្ថែមរសជាតិ លើភេសជ្ជៈនិងអាហារដើម្បីឱ្យមានរសជាតិឆ្ងាញ់ពិសារ ។
ដំបៅមាត់	• ចៀសវាងផ្លែឈើរស់ជាតិជូរ ជាតិអាស៊ីត និងអាហារជាតិហើរ • ហូបអាហារនៅក្នុងបន្ទប់មានសីតុណ្ហភាព • ហូបអាហារទន់ និងស្រស់ • ចៀសវាងផឹកកាហ្វេ និងសុរា
មាត់ស្ងួត និងរលាកបំពង់ក	• លាងមាត់ថ្មមៗជាមួយទឹកអំបិលក្តៅអ៊ុនៗ ដោយប្រើទឹកដាំពុះ • លាងមាត់ឱ្យញឹកញាប់ • ប្រើតែ cinnamon សម្រាប់លាងមាត់ (១/៤ ស្លាបព្រានៃ cinnamon ដាក់ក្នុងទឹកក្តៅ១កែវ គ្របឱ្យជិតហើយទុកឱ្យត្រជាក់) ។
ចង្អោរ និងក្អួត	• ហូបអាហារបន្តិចម្តងៗ និងញឹកញាប់ • កុំទុកក្រពះឱ្យនៅទទេ ព្រោះវាបណ្តាលឱ្យចង្អោរកាន់តែខ្លាំង • ហូបអាហារមានរស់ជាតិសាប • ចៀសវាងហូបអាហារមានក្លិនមិនល្អ • ផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន • សំរាក សំរាន្ត ក្រោយពេលហូបអាហារ • កុំទម្រេតខ្លួន ក្រោយពេលហូបអាហារហើយភ្លាម • កុំផឹកកាហ្វេ និងសុរា។

[៥១] ប្រែសម្រួល ពី ការគ្រប់គ្រងការ ឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយ ថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ អង្គការ WHO / SEARO ឆ្នាំ ២០០៧

រាករូស	• បន្តហូបចំណីអាហារឱ្យច្រើន តាមដែលអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របាន។ • ផឹកទឹកឱ្យច្រើនៈ លើសពី៨កែវក្នុង១ថ្ងៃ ដើម្បីការពារការបាត់ជាតិទឹក។ • ផឹកទឹកស្អាតដាំពុះ និង/ឬផឹកទឹក Oral Rehydration Solution (ORS) • ហូបផ្លែចេកទុំ ផ្លែឈើចម្អិន កុំហូបផ្លែឈើខ្ចី • បកសំបក និងចម្អិនបន្លែឱ្យឆ្អិន កុំហូបបន្លែឆៅ • រៀបចំបបរដោយ (ដាក់អង្ករស្ងោ ១ពែង ក្នុងទឹកស្អាត ៥ កែវ ដាក់អំបិលបន្តិច ប្រើរយៈពេល ១ម៉ោង) ហូបទាំងទឹកបបរ និងកាកបបរ ព្រមទាំងហូបអាហារផ្សេងទៀតផង។ • ត្រូវចៀសវាងហូបផលិតផលធ្វើពីទឹកដោះគោរយៈពេលមួយថ្ងៃ បន្ទាប់មក ហូបបន្តិចម្តង រហូតដល់ ២កែវក្នុងមួយថ្ងៃ។
ទល់លាមក	• ហូបអាហារសម្បូរដោយជាតិសរសៃ • ហាត់ប្រាណបន្តិចបន្តួច និងធ្វើសកម្មភាពស្រាលៗ • ហូបទឹកឱ្យបានច្រើន។

៣៣.៥ ការឡើងទម្ងន់: ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- អ្នកជំងឺច្រើនតែក្លាយជាអ្នកធាត់លើសទម្ងន់ នៅពេលដែលការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទទួលបានជោគជ័យ និងក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- អ្នកជំងឺលើសទម្ងន់ ឬធាត់ ជាពិសេស នឹងមានហានិភ័យខ្ពស់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (CVD) រួមមាន ជំងឺខ្វះឈាមទៅចិញ្ចឹមបេះដូង (ischemic heart) និងជំងឺសរសៃឈាមនៅផ្នែកចុង ជំងឺសរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល និងជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ។

ការវាយតម្លៃ

បើអ្នកជំងឺលើសទម្ងន់ → ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ និងពិនិត្យគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃ:

- កត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀតនៃជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
  - ប្រវត្តិជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬ ជំងឺ CVD
  - ការជក់បារី ការផឹកស្រា។
- វាស់សម្ពាធឈាម ពិនិត្យសរសៃឈាមបេះដូង/ការពិនិត្យផ្លូវដង្ហើម
- ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ:

- ពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ធ្វើតេស្តសេរ៉ូម cholesterol និង triglyceride ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ធានាអ្នកជំងឺយល់ច្បាស់ថា គាត់នឹងត្រូវកាត់បន្ថយការទទួលទានកាឡូរី ហើយយកចិត្តទុកដាក់ នឹងកត្តាហានិភ័យផ្សេងទៀត ដើម្បីរក្សាសុខភាពឱ្យបានល្អ ។
- ឈប់ជក់បារី (សូមមើលរូបភាពទី៣៥-១: ឧបករណ៍ផ្តល់ប្រឹក្សាជំនួយការឈប់ជក់បារីតាម WHO)។
- បន្ថយការផឹកសុរា (ជាប្រភពកាល់ឡូរីខ្ពស់)
- បន្ថយការហូបអាហារ- ការស្រូបចូលកាល់ឡូរី ជាពិសេស ប្រេង/ខ្លាញ់ និងស្ករ (បញ្ឈប់ផឹកភេសជ្ជ:) តែត្រូវធានាគុណភាពរបបអាហារដែលសម្បូរដោយប្រូតេអ៊ីននិងបន្លែ ។ (សូមមើល តារាងទី៣៤-១)។
- ធ្វើលំហាត់ប្រាណរាល់ថ្ងៃ – ឧ. ការដើរលឿន យ៉ាងហោចណាស់ ៣០នាទី/ថ្ងៃ
- បើលើសសម្ពាធឈាម(>១៤០/៨០)–សូមអានជំពូក ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។
- បើមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមឬមិនទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ–សូមអានជំពូកទី៣៧៖ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២។
- តាមដានទម្ងន់ BMI បរិវេណចង្កេះ និងពិភាក្សាអំពីអាហាររូបត្ថម្ភ រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ។

៣៣.៦ ទម្ងន់ធម្មតា – ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង និងពេលមកពិនិត្យតាមដានជំងឺ

- ធានាថា អ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារឱ្យយល់ថា ពួកគេត្រូវការទទួលទានអាហារ ដើម្បីមានសុខភាពល្អ ហើយការហូបតែបបរមួយមុខ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ ។
- ពិនិត្យមើលពីការយល់ដឹង របស់អ្នកជំងឺ អំពីម្ហូបអាហារ និងសុវត្ថិភាពទឹក ។
- របបអាហារ គួរតែរួមបញ្ចូលជាមួយអាហារគាំទ្រសុខភាពជាទៀងទាត់ ដោយមានគុណភាព ជាតិខ្លាញ់ ប្រូតេអ៊ីន និងកាបូអ៊ីដ្រាដ (សូមមើល តារាង៣៤-១)
- តាមដានទម្ងន់រាល់ពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ។
- បើសិនបើ មានការថយចុះទម្ងន់ដែលមិនមានបំណង សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធអំពី៖៣៣.៤ ទម្ងន់ស្រាលឬស្រកទម្ងន់: ការវាយតម្លៃ និង ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល។
- បើសិនបើ ឡើងទម្ងន់ដែលមិនមានបំណង សូមអានផ្នែកពាក់ព័ន្ធអំពី៖៣៣.៥ការឡើងទម្ងន់:ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាល។

៣៣.៧ អាហារ និងឱសថ

ត្រូវពិនិត្យជានិច្ចជាកាល ក្រែងមានការកែតម្រូវអំពីទំនាក់ទំនងរវាង ពេលវេលានៃការបរិភោគអាហារ និងការលេបឱសថ ។ (ឧ.ឱសថ TDF ត្រូវលេបពេលហូបអាហារ ឱសថ cotrimoxazole ត្រូវលេបពេលបរិភោគអាហារដែរដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាពល្អ) ។

៣៣.៨ អាហារូបត្ថម្ភ និង ការមានផ្ទៃពោះ

ទម្ងន់កូនពេលកើត គឺជាកត្តាកំណត់មួយដ៏សំខាន់បំផុតនៃការរស់រានមានជីវិតរបស់កុមារ និងទទួលរងឥទ្ធិពលយ៉ាងខ្លាំងពីស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភរបស់មាតា មុននិងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ ទម្ងន់ទារកមុនពេលមានផ្ទៃពោះទាប (Low pre-pregnancy weight) និងការឡើងទម្ងន់មិនគ្រប់គ្រាន់ពេលមានផ្ទៃពោះ គឺជាការស្មានទុកមុនដ៏សំខាន់បំផុតនៃភាពលូតលាស់យឺតយ៉ាវរបស់ទារក (intrauterine growth retardation =IUGR) និង ទារកមានទម្ងន់ស្រាលនៅពេលកើត (កើតមិនគ្រប់គីឡូ) ។

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមាន BMI <១៨,៥០ ត្រូវបង្កើនការហូបចូលថាមពលរាល់ថ្ងៃ ដើម្បីឱ្យឡើងទម្ងន់យ៉ាងហោចណាស់ ១២,៥០ គីឡូក្រាម ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ។ សូមបញ្ជូនគាត់ទៅផ្នែកគាំពារមាតានិងទារក សម្រាប់ទទួលសេវាអាហារូបត្ថម្ភចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ រួមទាំង ការផ្តល់ជាតិដែក និងបន្ថែមសារជាតិចិញ្ចឹម ។

៣៣.៩ ការរៀបចំ និងសុវត្ថិភាពចំណីអាហារ

- លាងសំអាតដៃយ៉ាងហ្មត់ចត់ មុន និងក្រោយចម្អិនអាហារ
- ប្រើប្រាស់ទឹកស្អាត ឬទឹកដាំពុះ
- រក្សាផ្ទៃផ្ទះបាយឱ្យស្អាត
- ចម្អិនអាហារឱ្យឆ្អិនល្អ
- ចូរញ៉ាំអាហារចម្អិនភ្លាមៗ
- រក្សាទុកអាហារក្នុងកន្លែងអនាម័យ និងត្រជាក់
- កំដៅអាហារចម្អិនហើយ យ៉ាងហ្មត់ចត់
- ចៀសវាងការទុកដាក់ច្រឡូកច្រឡំ រវាងអាហារឆៅ និងអាហារឆ្អិន
- ការពារអាហារពីពពួកសត្វកកេរ សត្វល្អិត និងសត្វផ្សេងៗ
- កុំបរិភោគស៊ុតឆៅ
- កុំបរិភោគអាហារដែលមិនបានចម្អិនឱ្យឆ្អិនល្អ ជាពិសេស សាច់ និងសាច់មាន់
- កុំផឹកទឹកដែលមិនដាំពុះ ឬទឹកផ្លែឈើ លាយជាមួយទឹកដែលមិនបានដាំពុះ ។

ជំពូក ៣៤. ជំងឺមិនឆ្លងរ៉ាំរ៉ៃ លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

៣៤.១ ចំណុចគន្លឹះ

- ជាមួយនឹងប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ អាចរស់នៅបានយូរដោយមិនបានធ្វើតេស្ត VL ចំណែកឯ ការថយចុះភាពស៊ាំ និងការបង្ករោគដោយជំងឺឱកាសនិយម ក្លាយជាបញ្ហាបន្តិចបន្តួច ។
- ទោះយ៉ាងណា ការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលវែង និងការវិវត្តិន៍ទៅមុខនៃវ័យ ធ្វើឱ្យអ្នកជំងឺអេដស៍កើនឡើងហានិភ័យជំងឺមិនឆ្លង(NCD) ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺមេតាបូលីស និងជំងឺមិនឆ្លង រួមទាំង ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺមហារីក។
- វាជាការសំខាន់ណាស់ដែលគ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ យល់ដឹងអំពីជំងឺមិនឆ្លង និងរៀបចំវិធានការបង្ការទី១ និងទី២ ជាទៀងទាត់ ជាមួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ។
- បន្ថែមលើនេះទៀត អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលទទួលការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍រយៈពេលវែង ត្រូវពិនិត្យរកជំងឺ NCD (យោងទៅតាមការណែនាំនេះ) ហើយបញ្ជូនគាត់ទៅទទួលសេវា ថែទាំ និងព្យាបាលសមស្រប ។
- គ្រូពេទ្យព្យាបាលជំងឺអេដស៍ ត្រូវតែពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ទាំងក្នុង ឬក្រៅគ្លីនិកជំងឺអេដស៍ និងការពិនិត្យតាមដានការពុលឱសថ ជាប់ជានិច្ច ។

៣៤.២ ការបង្ការជំងឺមិនឆ្លងៈ របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ

- អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវបានណែនាំឱ្យយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះរបបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងពីរបៀបរស់នៅ ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺមេតាបូលិក និងជំងឺមិនឆ្លង ។[៥២]

តារាងទី៣៤-១ អនុសាសន៍សម្រាប់បង្ការនិង គ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមិនឆ្លង

ការសង្កត់ធ្ងន់លើរបបអាហារ និងការផ្លាស់ប្តូររបៀបរស់នៅ នឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យ ថាតើអ្នកជំងឺ មានទម្ងន់ស្រាល/លើសទម្ងន់/ ទម្ងន់ធម្មតា និងកត្តាហានិភ័យដទៃទៀត ដូចជា លើសសម្ពាធឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម ។
របបអាហារ: មនុស្សភាគច្រើន ផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំង លើការបរិភោគអាហារ • ប្រូតេអ៊ីនបន្ថែម (តៅហ៊ូ សណ្តែក សាច់មាន់ ត្រី)

[៥២] ការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យ ជំងឺមិនឆ្លង : គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ ការថែទាំសុខភាពបឋម ក្នុងស្ថានភាពមាន ធនធានតិច។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ២០១២។

• បន្លែច្រើន (៥ x៨០០ - ឈុត ៥០០ម.ក្រ បន្លែនិងផ្លែឈើក្នុងមួយថ្ងៃ) • ជាតិខ្លាញ់តិច (ចៀសវាងអាហារចៀន ឬបំពងខ្លាំង សាច់កាត់/ស្បែកជាប់ខ្លាញ់ ឧ. សាច់ជ្រូក/មាន់) • ជាតិស្ករតិច (ភេសជ្ជៈ ជាតិផ្អែម ទឹកដោះគោខាប់) • អំបិលតិច (ប្រហុក ប៊ីចេង ទឹកត្រី ទឹកស៊ីអ៊ីវ និង សាច់ ឬត្រីប្រឡាក់អំបិល) ជំនួសដោយហូបរស់ជាតិផ្សេងវិញ (ឧ.ទឹកក្រូចឆ្មារ(lemon) ម្រេច) និងជីរដទៃទៀត • កាត់បន្ថយអាហារកែច្នៃ (ជាធម្មតាមានជាតិអំបិល ជាតិខ្លាញ់ ស្ករច្រើន) ។
ទម្ងន់: រក្សាកម្រិត BMI ចន្លោះ ១៨,៥០ – ២២,៩។
សុរា: កម្រិតអតិបរិមា ផឹកសុរាពីរស្តង់ដានៃកែវ/ថ្ងៃ ≥ ២ ថ្ងៃទៀតមិនត្រូវផឹកទេ ។
មិនជក់បារី
ហាត់ប្រាណ ៣០នាទីក្នុងមួយថ្ងៃ (ឧ. ការដើរញាប់) ត្រូវហាត់ប្រាណខ្លាំងជាងនេះ ដើម្បីសម្រកទម្ងន់ ។

ជំពូក ៣៥. ការឈប់ជក់បារី

- គ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវលើកទឹកចិត្ត និងផ្តល់យោបល់អ្នកជំងឺឱ្យឈប់ជក់បារី ។
- ឧបករណ៍ខាងក្រោមអាចជួយគ្រូពេទ្យព្យាបាលណែនាំអ្នកជំងឺឱ្យឈប់ជក់បារី ។

រូបភាពទី៣៥-១ ឧបករណ៍ផ្តល់ប្រឹក្សាជាជំនួយដល់បុគ្គលដែលចង់ឈប់ជក់បារីស្របតាម *WHO*[៥៣]

A1: សួរ

តើអ្នកជក់បារីដែរឬទេ?

→ ទេ → សង្កត់ធ្ងន់អំពីសារ ដោយសង្កត់ធ្ងន់ថា ការជក់ថ្នាំបង្កើនហានិភ័យជំងឺបេះដូង

→ បាទ

A2: ផ្តល់យោបល់

ផ្តល់យោបល់ឱ្យច្បាស់លាស់ រឹងមាំ និងលក្ខណៈបុគ្គល

“ការជក់បារីបង្កើនហានិភ័យជំងឺគាំងបេះដូង ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល មហារីកសួត និងជំងឺតាមផ្លូវដង្ហើម។ ការឈប់ជក់បារី គឺ មានសារៈសំខាន់ណាស់ ដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ដើម្បីការពារបេះដូងរបស់អ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបញ្ឈប់ជក់បារីឥឡូវនេះ”។

A3: វាយតម្លៃ

តើអ្នកមានបំណងចង់ឈប់ជក់បារីដែរឬទេ?

→ ទេ → **ជំរុញការលើកទឹកចិត្តឱ្យឈប់ជក់បារី**

ផល់ព័ត៌មានអំពី ការគ្រោះថ្នាក់នៃការជក់បារី ដល់បេះដូង និងផ្តល់ខិត្តប័ណ្ណជូនគាត់។

→ បាទ

A4: ជំនួយ

ជួយរៀបចំផែនការឈប់ជក់បារី

កំណត់កាលបរិច្ឆេទឈប់ជក់បារី
ផល់ព័ត៌មានដល់គ្រួសារនិងមិត្តភ័ក្រ
សុំការគាំទ្រពីគ្រួសារ និងមិត្តភ័ក្រ
យកបារី/ថ្នាំជក់ចេញ
យកសម្ភារៈ/ឧបករណ៍ដែលរម្លឹកអ្នកឱ្យចង់ជក់បារីចេញ
រៀបចំការណាត់ជួប ដើម្បីតាមដាន*

A5: រៀបចំ

នៅពេលមកពិនិត្យតាមដាន

ផ្តល់ការកោតសរសើរអំពី ភាពជោគជ័យ និងជំរុញបន្តទៀត
ប្រសិនបើគាត់ជក់សារជាថ្មីវិញ ត្រូវខិតខំប្រឹងប្រែងខ្លាំងជាងមុនថែមទៀត
បន្តការតាមដាន និងការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ។

* គោលការណ៍ នៅពេលមកពិនិត្យតាមដានលើកទី២ ក្នុងកំឡុងខែតែមួយ និងរៀងរាល់ខែរយៈពេល៤ខែ និងការវាយតម្លៃក្រោយរយៈពេល១ឆ្នាំ ។ ប្រសិនជាមិនអាច ត្រូវពង្រឹងការផ្តល់ប្រឹក្សា នៅពេលណាដែលបានជួបអ្នកជំងឺដើម្បីតាមដានសម្ពាធឈាមអ្នកជំងឺ ។

[៥៣] ឧបករណ៍ ការអនុវត្តន៍ : កញ្ចប់សកម្មភាពចាំបាច់នៃបទអន្តរាគមន៍ជំងឺមិនឆ្លងសំរាប់ សុខភាពបឋម ក្នុងស្ថានភាពមាន ធនធានតិច។ អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ ២០១៣។

ជំពូក ៣៦. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម (Hypertension)

៣៦.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺលើសសម្ពាធឈាមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

ត្រូវពិនិត្យសម្ពាធឈាម គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ រៀងរាល់ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ ។

- បើសម្ពាធឈាម > ១៤០/៩០ កើតឡើងលើសពីការវាស់វែងមួយលើក= ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម។

៣៦.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម

គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកជាតិរបស់ប្រទេសកម្ពុជា បានរៀបរាល់លម្អិតអំពី ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺលើសសម្ពាធឈាម[៥៩] ។

ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម តម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងព្យាបាល ទាំងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ និង មិនប្រើឱសថ ។

១. ត្រូវផ្តល់យោបល់ឱ្យអ្នកជំងឺ ពីវិធីបញ្ចុះសម្ពាធឈាម និងប្រាប់ពីហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ៖

- សម្រកទម្ងន់ បើលើសទម្ងន់
- របបអាហារគាំទ្រសុខភាពនិងរបៀបរស់នៅដូចដែលបានរៀបរាប់លម្អិតក្នុងមើល តារាងទី៣៤-១ ផ្តោតសំខាន់លើការកាត់បន្ថយការហូបជាតិអំបិល ។
- បើលើសសម្ពាធឈាមកម្រិតស្រាល ឧ. សម្ពាធឈាមត្រឹម SBP ១៥៩ និង/ឬ DBP ៩៩ ត្រូវព្យាយាមដោយមិនព្យាបាលដោយឱសថរយៈពេល៣–៦ខែ មុននឹងពិចារណាក្នុងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងការលើសសម្ពាធឈាម ។

- វាយតម្លៃពីលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទាក់ទងនឹងការលើសសម្ពាធឈាម ៖
  - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យ ធ្វើតេស្ត ECG បើអាចធ្វើបាន)
  - ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល –ជំងឺ stroke ជំងឺវិកលចរិក (dementia)
  - ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដូចខាងក្រោម ៖
    - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម – ពិនិត្យជាតិស្ករ (fasting glucose)
    - ពិនិត្យជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Serum lipids)– total cholesterol, HDL cholesterol, triglycerides ។

[៥៩] ក្រសួងសុខាភិបាល គោលការណ៍ណែនាំ គ្លីនិក សំរាប់ជំងឺលើសឈាម មនុស្សពេញវ័យ។ ការ ថែទាំបន្ត អ្នកជំងឺ លើសឈាម ដែលមាន និង មិនមាន ផលវិបាក នៅគ្លីនិក ជំងឺមិនឆ្លង / ការិយាល័យ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក សម្រាប់ ការបង្ការ និងត្រួតពិនិត្យជំងឺមិនឆ្លងនៃ នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព ឆ្នាំ២០១៥។

- ជំងឺតម្រងនោម– ពិនិត្យ serum creatinine, potassium, sodium វិភាគទឹកនោម ។

២. ការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ

តារាងទី៣៦-១ គោលការណ៍ណែនាំក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម របស់កម្ពុជា

អ្នកជំងឺលើសសម្ពាធឈាម	ការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថ	គោលបំណងនៃសម្ពាធឈាម
≥ ៦០ ឆ្នាំ	SBP ≥ ១៥០ mm Hg ឬ DBP ≥ ៩០ mm Hg	SBP < ១៥០ mm Hg ឬ DBP < ៩០ mm Hg
< ៦០ ឆ្នាំ		
១៨ ៥៩ ឆ្នាំ	SBP ≥ ១៤០ mm Hg	SBP < ១៤០ mmHg
	DBP ≥ ៩០ mm Hg	DBP < ៩០ mm Hg
≥ ១៨ ឆ្នាំ ដែលមាន		
CKD ឬ/និង ទឹកនោមផ្អែម	SBP ≥ ១៤០ mm Hg ឬ DBP ≥ ៩០ mm Hg	SBP < ១៤០ mm Hg ឬ DBP < ៩០ mm Hg

- គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិករបស់កម្ពុជាក្នុងការចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ដោយប្រើរូបមន្តខាងក្រោម ៖
  - អ្នកជំងឺអាយុ > ៥៥ ឆ្នាំ- Thiazide diuretic
  - អ្នកជំងឺអាយុ < ៥៥ ឆ្នាំ– Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE I)
  - អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោម (មិនគិតអាយុ) - ACE I

- បើមិនអាចរក្សាសម្ពាធឈាមនៅក្នុងកម្រិតដែលចង់បាន ត្រូវបន្ថែមថ្នាក់ងារឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាមមួយមុខទៀត ។ ឱសថដែលប្រើប្រាស់ជាមួយគ្នាគឺ ៖
  - Thiazide diuretic + ACE I
  - Thiazide diuretic + calcium channel blocker
  - ACE I + calcium channel blocker

- ឧទាហរណ៍នៃកម្រិតដូសឱសថ៖
  - ACE I; Enalopril –ចាប់ផ្ដើម៥ ម.ក្រ OD-បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ២០ម.ក្រ OD
  - ACE I; Captopril –ចាប់ផ្ដើម ១២,៥ ម.ក្រ BID–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ១៥០ម.ក្រ TID
  - Thiazide; Hydrochlorthiaide -ចាប់ផ្ដើម១២,៥ ម.ក្រ –បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ៥០ម.ក្រ

- Thiazide; Indapamide -ចាប់ផ្ដើម១,២៥ ម.ក្រ –បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា២,៥ម.ក្រ
- B blocker; Atenolol –ចាប់ផ្ដើម២៥ ម.ក្រ OD-បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា៥០ម.ក្រ OD
- B blocker; Metoprolol –ចាប់ផ្ដើម២៥ ម.ក្រ BID–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា១០០ម.ក្រ BID
- Calcium channel blocker;- Amilodipineចាប់ផ្ដើម២,៥ម.ក្រ OD–បង្កើនដល់កម្រិតអតិបរិមា ១០ម.ក្រ។

- តាមដាន ក្រោយពេលចាប់ផ្ដើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម រៀងរាល់២ សប្ដាហ៍ រហូតដល់សម្ពាធឈាមមានលំនឹង។

អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៣៦-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថប្រឆាំងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[៥៥]

ឱសថ	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
ACEI : enalopril, captopril, ramipril;	គ្មានការរៀបរាប់ពីប្រតិកម្មជាមួយឱសថ NNRTI, NRTI ឬ PI ទេ។
Calcium channel blockers: including amilodipine, nifedipine;	កម្រិត CCB អាចថយចុះ ដោយសារឱសថ NNRTI និង កើនឡើងដោយសារឱសថ PI → តាមដានសម្ពាធឈាម ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ ។
Beta blockers: atenolol, metoprolol, propranolol;	សក្ដានុពលនៃអន្តរកម្ម អាចពន្យាពេល PR interval→ តាម ដានសម្ពាធឈាមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែប្រែកម្រិតដូស ឱសថ និងពិចារណាក្នុងការធ្វើ ECG ។
ARB (angiotensin 2 receptor blockers)	កម្រិត Losartan នឹងថយចុះ ដោយសារឱសថ NNRTI និង កើនឡើងដោយសារឱសថ PI → តាមដានសម្ពាធឈាម ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងកែប្រែកម្រិតដូសឱសថ ។

[៥៥] http://www.hiv-druginteractions.org/

ជំពូក ៣៧. ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២

គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិករៀបរាប់លម្អិត អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម[៥៦] ។

៣៧.១ ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍

បុគ្គលដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ត្រូវទទួលការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ រួមមាន៖

- លើសទម្ងន់ (BMI> ២៣ និង/ឬ បរិវេណចង្កេះចំពោះបុរស ≥ ៨៥ ស.ម និងចំពោះស្ត្រី ≥ ៨០ស.ម)
- ប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- លើសសម្ពាធឈាម (BP> ១៤០/៩០)
- វិបត្តិជាតិខ្លាញ់ (Dyslipidaemia)
- ប្រវត្តិជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke) ឬជំងឺខ្វះឈាមទៅចិញ្ចឹមបេះដូង (ischaemic heart disease)
- ស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែមអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬ ទារកកើតមកថ្លោសពេក (> ៣,៥០ គីឡូក្រាម)
- អាយុលើសពី ៣៥ ឆ្នាំ
- ខ្សោយតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ
- ជាតិស្ករក្នុងទឹកនោម ពេលធ្វើតេស្ត dipstick ។

អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលព្យាបាលដោយឱសថ Protease Inhibitor ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល

អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ត្រូវបានពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI អាចបង្កឱ្យមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ insulin ។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវតាមដាននៅខែទី៣ ក្រោយពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI និងរៀងរាល់១២ខែម្តង ។

---

[៥៦] ក្រសួងសុខាភិបាល កម្ពុជា គោលការណ៍ណែនាំអនុវត្ត គ្លីនិក ។ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រភេទទី២។ ការ ថែទាំបន្ត អ្នកជំងឺ លើសឈាម ដោយមាន និងមិនមាន ផលវិបាក នៅគ្លីនិក ជំងឺមិនឆ្លង / ការិយាល័យ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក សម្រាប់ ការបង្ការ និងត្រួតពិនិត្យជំងឺមិនឆ្លងនៃ នាយកដ្ឋានការពារសុខភាព ឆ្នាំ២០១៥។

៣៧.២ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ ២ និងជំងឺមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ (impaired glucose tolerance)

តារាងទី៣៧-១ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងភាពអាចទ្រាំទ្របានជាមួយជាតិស្ករ ស្របតាម *WHO*

	កំហាប់ជាតិស្ករ, mmol/l (mg/l)		
	ឈាមសុទ្ធ		ផ្លាស់ស្មា
	សរសៃវ៉ែន	សរសៃឈាមក្រហម	
ជំងឺទឹកនោមផ្អែម mellitus			
មុនពេលហូបអាហារ(fasting)	≥ ៦,១ (១១០)	≥ ៦,១ (១១០)	≥ ៧ (១២៦)
ឬ			
២ម៉ោងក្រោយពេលមានជាតិស្ករក្នុងឈាម ឬ រួមគ្នា	≥ ១០ (១៨០)	≥ ១១,១ (២០០)	≥ ១១,១ (២០០)
ការចុះខ្សោយនៃការទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ			
កំហាប់ជាតិស្ករមុនពេលហូបអាហារ (បើសិនជាវាស់)	≤ ៦,១ (១១០)	≤ ៦,១ (១១០)	≤ ៧,១ (១២៦)
និង			
២ម៉ោងក្រោយពេលមានជាតិស្ករក្នុងឈាម។	៦,៧-៩,៩ (១២០-១៧៩)	៧,៨-១១ (១៤០-១៩៩)	៧,៨-១១ (១៤០-១៩៩)
ការឡើងជាតិស្ករក្នុងឈាម			
មុនពេលហូបអាហារ	៥,៦-៦ (១០០-១០៩)	៥,៦-៦ (១០០-១០៩)	៦,១-៦,៩ (១១០-១២៥)
២ម៉ោងក្រោយ (បើសិនជាវាស់)	≤ ៦,៧ (១២០)	≤ ៧,៨ (១៤០)	≤ ៧,៨ (១៤០)

កំណត់សម្គាល់ អំពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម: ផ្លាស់ស្មាបូមពីឈាមវ៉ែន (Venous plasma)គឺជាតេស្តជម្រើសមួយ ប៉ុន្តែសំណាកឈាមនេះត្រូវតែធ្វើតេស្តក្នុងកំឡុងពេល១ម៉ោង ឬបូមឈាមដោយប្រើបំពង់ទីបដែលមានជាតិ sodium fluoride ដែលឃាត់ឃាំងការរលាយជាតិស្ករ និងរក្សាទុកដោយដាក់ទឹកកកឱ្យត្រជាក់រហូតដល់ពេលធ្វើតេស្តវិភាគ ។ សមត្ថភាពតម្លៃនៃការធ្វើតេស្តនេះ មានលក្ខណៈដូចគ្នាជាមួយការធ្វើតេស្តលើសំណាកឈាម fasting samples និងមានលក្ខណៈខុសគ្នាដោយសំណាកឈាមនេះ អាចធ្វើបានក្នុងរយៈពេល ២ ម៉ោង ។

៣៧.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺ ដែលមិនអាចទ្រាំទ្រជាមួយជាតិស្ករ

- សម្រកទម្ងន់ បើលើសទម្ងន់
- របបអាហារគាំទ្រសុខភាពនិងរបៀបរស់នៅ ដូចបានរៀបរាប់លម្អិតក្នុងតារាងទី៣៩-១។
- ធ្វើតេស្តតាមដាននៅខែទី ១២ ។

៣៧.៤ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ២

- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ[៥៧] ។
- ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាព្យាបាលនៅគ្លីនិកថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រសិនជាមាន ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ទាំងការគ្រប់គ្រងដោយប្រើប្រាស់ឱសថ និងមិនប្រើប្រាស់ឱសថ

១. វិធានការមិនប្រើប្រាស់ឱសថ បន្ថយហានិភ័យនៃផលវិបាកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ៖

- របបអាហារគាំទ្រសុខភាព និងរបៀបរស់នៅល្អ ដូចបានរៀបរាប់លម្អិតក្នុង តារាងទី៣៤-១ ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហារ → របបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការបន្ថយមួយផ្នែកនៃ carbohydrate រួមមាន ការបរិភោគបាយ (សូមមើល រូបភាពទី ៤៨-១ ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៨. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម រូបភាពទី ៤៨-១ ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ ។

វាយតម្លៃអ្នកជំងឺ អំពីលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទាក់ទងនឹងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដូចជា៖

- ទម្ងន់ BMI (សូមមើលតារាងទី៣៣-១ ចំណាត់ថ្នាក់ BMI ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានទម្ងន់ស្រាល លើសទម្ងន់ និងធាត់ ស្របតាម WHO) *និង* បរិវេណចង្កេះ (លើសទម្ងន់ = បុរស ≥៨៥ ស.ម, ស្ត្រី ≥ ៨០ស.ម) ។
- ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម > ១៤០/៩០ ឬ > ១៣០/៨០ ប្រសិនបើមានជាតិប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (proteinuria) ។
- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ប្រវត្តិជំងឺ ការពិនិត្យជំងឺ និងធ្វើតេស្ត ECG ប្រសិនបើមាន) ។
- ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាល- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺវង្វេងវង្វាន់ (dementia) ។
- ជំងឺតម្រងនោម-ធ្វើតេស្តសេរ៉ូម Creatinine ប៉ូតាស្យូម សូដ្យូម វិភាគទឹកនោម ។
- ឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម - តេស្ត serum lipids។
- ការពិនិត្យជើងលម្អិត :
  - សរសៃឈាមដែលផ្គត់ផ្គង់ឈាម ជីពចរ សរសៃឈាមដែលនាំឈាមត្រឡប់មកបេះដូងវិញ (capillary return) ។
  - សរសៃប្រសាទ sensation reflexe កែងជើង។

---

[៥៧] ក្រសួងសុខាភិបាល កម្ពុជា គោលការណ៍ណែនាំអនុវត្ត គ្លីនិក ។ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ប្រភេទទី២។ ការ ថែទាំបន្ត អ្នកជំងឺ លើសឈាម ដោយមាន និងមិនមាន ផលវិបាក នៅគ្លីនិក ជំងឺមិនឆ្លង / ការិយាល័យ មន្ទីរពេទ្យបង្អែក សម្រាប់ ការបង្ការ និងត្រួតពិនិត្យជំងឺមិនឆ្លងនៃ នាយកដ្ឋាន ការពារសុខភាព ឆ្នាំ២០១៥។

- ភាពមុតនៃគំឃើញ (Visual acuity) និងពិនិត្យដោយ fundoscopy រកមើលជំងឺភ្នែកឡើងបាយ (cataracts) និងជំងឺរេទីនភ្នែក (retinopathy) បណ្តាលមកពី ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។

២. ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយឱសថ យោងតាមអនុសាសន៍នៃជំងឺមិនឆ្លងរួមមាន ៖

- ឱសថជួរទី១: Metformin ៥០០–២០០០ម.ក្រ បែងចែកជា២កម្រិតដូស លេបពេលហូបអាហារ។
- ជម្រើសឱសថជួរទី១: Gliclazide ៤០–៣២០ម.ក្រ បែងចែកជា ២ កម្រិតដូស លេបពេលហូបអាហារ ។
- ឱសថជួរទី២: Metformin + sulfonylurea ។
- ឱសថជួរទី៣: basal ឬ premix insulin + ឱសថលេប ឬ basal + insulin ពេលហូបអាហារ ។

អន្តរកម្ម រវាងឱសថ ព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍[៥៨]

តារាងទី៣៧-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថ ព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថ	អន្តរកម្មជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍
Gliclazide និង Glimepiride;	សក្តានុពលក្នុងការបន្ថយកម្រិត ដោយឱសថ PI និងបង្កើនកម្រិតដោយឱសថ EVF។ តាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននិងអាចតម្រូវឱ្យធ្វើកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ gliclazide។
Glibenclamide	សក្តានុពលក្នុងបន្ថយកម្រិត ដោយឱសថ EFV និង NVP ហើយបង្កើនកម្រិតដោយឱសថ PI។
Metformin និង insulin	មិនដឹងពីអន្តរកម្មជាមួយឱសថ NNRTI, NRTI PI, និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែឱសថ dolutegravir អាចមានសក្តានុពលបង្កើនកំហាប់ឱសថ metformin ។

[៥៨] http://www.hiv-druginteractions.org/

ជំពូក ៣៨. ជំងឺលើសជាតខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia)

៣៨.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវការលើសជាតខ្លាញ់ក្នុងឈាម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍

- ហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ស្របគ្នានឹងការកើនឡើងនូវ low–density lipoprotein cholesterol (LDL-C) និង/ឬ hypertriglyceridemia ជាពិសេស ប្រសិនបើមានទំនាក់ទំនងនឹងការថយចុះនូវ high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ។
- ជាតិខ្លាញ់ទាក់ទងនឹងហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (CVD) មិនបានឆ្លុះបញ្ចាំងពី កូឡេស្តេរ៉ុលសរុប(TC)ដែលវាស់វែងតែឯងនោះទេ ដោយសារវាជាផ្នែកមួយនៃ LDL-C និង HDL–C (HDL-C ឡើងខ្ពស់ គឺជា ភ្នាក់ងារការពារជំងឺបេះដូង) ។
- កម្រិត Triglyceride > ១0mmol/L បង្កើនហានិភ័យជំងឺរលាកលំពែង ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយមានឱសថ PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលនឹងបង្កើនហានិភ័យកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia) បើទោះបីជា មានការកើនឡើងតិចនៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r បើធៀបទៅនឹងការប្រើឱសថ LPV/r ។
- ការធ្វើតេស្តកម្រិតជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (serum lipids) និងការកំណត់កម្រិតនៃការព្យាបាលជាមួយឱសថដែលធ្វើឱ្យថយចុះជាតិខ្លាញ់ អាស្រ័យលើអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ។ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ ត្រូវផ្តល់អនុសាសន៍ឱ្យប្រើថ្នាំ Statins ដោយមិនគិតពីរង្វាស់ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមនោះទេ ។ ឧ. អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលមានជំងឺគាំងបេះដូង (myocardial infarct) ឬ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល នឹងទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Statin លើកលែងតែ ក្នុងករណីមាន contraindicated ។

អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ ត្រូវធ្វើតេស្តពិនិត្យជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (fasting serum lipids) មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ PI ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ (ជាទូទៅ ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២) និងត្រូវពិនិត្យតាមដាននៅ៣ខែក្រោយ និងបន្ទាប់មករៀងរាល់១២ខែម្តងដោយសារឱសថ PI អាចបង្កឱ្យមានHyperlipidaemia ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ អាចទទួលការព្យាបាលដោយឱសថផ្សេងទៀត សម្រាប់គ្រប់គ្រងការកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ឧ. ការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។

៣៨.២ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលការលើសជាតខ្លាញ់ក្នុងឈាម (hyperlipidaemia)

Hyperlipidaemia តម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងទាំងការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថ និងមិនប្រើប្រាស់ឱសថ ។

១. ការគ្រប់គ្រងដោយមិនប្រើប្រាស់ឱសថ

- យោងតាមតារាងទី៣៨-១ អំពីទំនាក់ទំនងនៃផលប៉ះពាល់នៃកម្រិតជាតិខ្លាញ់ដោយផ្ទាល់ ឬ កត្តាហានិភ័យនៃជំងឺមិនឆ្លង ។
- បន្ថយការបរិភោគជាតិខ្លាញ់ឆ្អែត (ខ្លាញ់សត្វ) ជំនួសដោយមនោ/ខ្លាញ់មិនឆ្អែត(mono/polyun-saturated fats) ។
- បង្កើនប្រសិទ្ធភាពការត្រួតពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។

២. ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថ

- ប្តូរពីឱសថ LPV/r ទៅប្រើឱសថ ATV/r (លើកលែងករណីមាន contraindicated)
  - បើឡើង LDL-C លើសលប់
    - ប្រើ Statin
  - បើឡើង TG (> ១០mmol/l) ជាពិសេស ឡើងជាមួយនឹងការកើនឡើង low HDL-C
    - ប្រើ Fibrate និង/ឬ ខ្លាញ់ត្រី ។

- **គោលដៅនៃការព្យាបាល** (បង្កើនកម្រិតដូសឱសថ រហូតដល់កម្រិតដូសមានសុវត្ថិភាព ដើម្បីសម្រេចបានដូចខាងក្រោម) ។
  - Total Cholesterol < ៤,០mmol/L
  - HDL–C ≥ ១,០mmol/L
  - LDL-C < ២mmol/L
  - TG < ២mmol/L

៣៨.២.១ អន្តរកម្មឱសថ រវាងឱសថបន្ថយជាតខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

តារាងទី៣៨-១ អន្តរកម្មឱសថរវាងឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

Statins

• **Simvastatin និង lovastatin មាន *contraindicated* ជាមួយឱសថ PI ដែលមានក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ នាំឱ្យមានហានិភ័យខ្ពស់ជំងឺរលាកឆ្អឹង និងសាច់ដុំ** (rhabdomyolysis) ។
• ឱសថ statins ផ្សេងទៀត អាចយកមកប្រើប្រាស់ជាមួយឱសថ PI តែត្រូវប្រើក្នុងកម្រិតដូសទាប:
  • Atorvastatin ចាប់ផ្តើម ១០ ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ៤០ម.ក្រ
  • Pravastatin ចាប់ផ្តើម ២០ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ៤០ម.ក្រ
  • Rosuvastatin ចាប់ផ្តើម ៥ ម.ក្រ → កម្រិតដូសអតិបរិមាជាមួយឱសថ PI = ២០ ម.ក្រ

• **Fibrates** o Gemfibrozil : ▪ កម្រិតឱសថអាចនៅទាប ដោយសារការប្រើឱសថ PI ។ ▪ ចៀសវាងប្រើរួមគ្នាជាមួយ statin បណ្តាលឱ្យមានហានិភ័យរលាកសាច់ដុំ (myositis) ។ o Fenofibrate ▪ តាមដាន ALT/CK បើប្រើរួមគ្នាជាមួយ statins បណ្តាលឱ្យកើតឡើងហានិភ័យផលប៉ះពាល់ ។
• គេមិនទាន់ដឹងពីអន្តរកម្មរវាង **ខ្លាញ់ត្រី** ជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទេ ។

៣៨.២.២ តាមដានផលប៉ះពាល់នៃឱសថ

ឱសថបន្ថយជាតិខ្លាញ់ អាចបណ្តាលឱ្យមានវិបត្តិមុខងារថ្លើម និងជំងឺសាច់ដុំ (myopathy)

- អ្នកជំងឺត្រូវដឹងពីរោគសញ្ញានៃការឈឺសាច់ដុំ (សាច់ដុំមានការឈឺចាប់ ឡើងរឹង ខ្សោយ) និងរលាកថ្លើម (ឈឺចាប់ក្នុងពោះ ក្អួត) ។
  - ធ្វើតេស្ត ALT និង creatinine kinase(CK) នៅពេលដើមគ្រា ។
  - ធ្វើតេស្ត CK និង ALT ម្តងទៀត បើមានរោគសញ្ញាណាមួយ ។
  - បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើសាច់ដុំនៅតែមានការឈឺចាប់ ឬសាច់ដុំខ្សោយ ឧ. បើ CK > ៥០០ U/L ។
  - បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើ CK > ១០០០U/L ដោយគ្មានរោគសញ្ញា ។
  - បញ្ឈប់ការប្រើឱសថ បើ ALT កើនឡើង > ៣ដង x ULN ។

ជំពូក ៣៩. ជំងឺពុកឆ្អឹង (Osteoporosis)

- ជំងឺពុកឆ្អឹង ត្រូវបានកំណត់ដោយការថយចុះភាពរឹងមាំនៃឆ្អឹង នាំឱ្យមានហានិភ័យខ្លាំងនៃការ បាក់ឆ្អឹង ។
- Osteopenia (ថយចុះជាតិកាល់ស្យូម និងភាពរឹងមាំនៃឆ្អឹង) ត្រូវបានកំណត់ដោយ "ភាពបាត់បង់នៃឆ្អឹង" និងអាចបណ្តាលឱ្យមានជំងឺពុកឆ្អឹង ។

៣៩.១ កត្តាហានិភ័យជំងឺពុកឆ្អឹង

- អាយុ > ៥០ឆ្នាំ ភេទស្រី មាន BMI ទាប រាងកាយអសកម្ម ជក់បារី អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (IDU) ។
- ប្រើថ្នាំ Corticosteroid ។
- ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ជាពិសេស អ្នកជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ។
- ការព្យាបាលដោយឱសថ tenofovir នាំឱ្យមានការបាត់បង់ឆ្អឹងក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ជាធម្មតាវាមានស្ថេរភាពឡើងវិញ ក្រោយការព្យាបាលរយៈពេល ២ ទៅ ៣ ឆ្នាំ ។
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែម hyperthyroidism ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទC និងជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ។
- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងៗ ដូចជា ជំងឺ myeloma ភាពមិនប្រក្រតីនៃក្រពេញអង់ដូគ្រីន ។

៣៩.២ ការវាយតម្លៃ

- ឧបករណ៍វាយតម្លៃហានិភ័យការបាក់ឆ្អឹង យោងតាម WHO (FRAX) គឺជាការគណនាអនឡាញ (online) បានបង្កើតឡើងដើម្បីធ្វើការប៉ាន់ស្មានហានិភ័យការបាក់ឆ្អឹងក្នុងកំឡុងពេល ប្រហែលជា ១០ ឆ្នាំខាងមុខ ផ្អែកតាមកត្តាហានិភ័យគ្លីនិក (អាយុ BMI ។ល។) ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើតេស្ត DXA (bone mineral density) ។[៥៩]
- ថយចុះកម្ពស់ អាចកើតឡើងដោយសារការបាត់បង់ឆ្អឹងធ្ងន់ធ្ងរ និងបាត់បង់កម្ពស់នៃឆ្អឹងកងខ្នង ។

៣៩.៣ ការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង និងការបាក់ឆ្អឹង

- តារាងទី៣៩-១ លម្អិតអំពីវិធានការសំខាន់ៗសម្រាប់ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង ។ ការផ្តោតសំខាន់គឺ លើការឈប់ជក់បារី គុណភាពរបបអាហារ រួមទាំង ការទទួលទានឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់នូវជាតិកាល់ស្យូម វីតាមីន D ហើយរក្សាបាននូវកម្រិតទម្ងន់ដែលមានសុខភាពល្អ ហាត់ប្រាណស្របតាមទម្ងន់ខ្លួន (ឧ. ការដើរ) និងបន្ថយទទួលទានគ្រឿងស្រវឹង ។
- ចៀសវាងប្រើឱសថ corticosteroids រយៈពេលយូរ លើកលែងតែករណីចាំបាច់ និងប្រើកម្រិតដូសទាបបំផុតដែលមានប្រសិទ្ធភាព ។
- បើអ្នកជំងឺបាក់ឆ្អឹង ដោយសារបញ្ហាពុកឆ្អឹង (ឆ្អឹងកដៃ ឆ្អឹងត្រគាក ឆ្អឹងកងខ្នង បណ្តាលមកពីការប៉ះទង្គិច ឬរបួសបន្តិចបន្តួច) ពិចារណាផ្លាស់ប្តូរពីការប្រើឱសថ TDF ទៅប្រើឱសថផ្សេងវិញ ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន ។

---

[៥៩] ការគណនាអនឡាញ(online) គឺធ្វើតាមប្រទេសនិមួយៗ, ការគណនាសមស្របតាម លក្ខណៈ របស់អ្នកជំងឺ អាចរកបានជាភាសាថៃ: http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=57

ជំពូក ៤០. ជំងឺតម្រងនោម

កត្តារួមចំណែកជាច្រើន នាំឱ្យមានជំងឺតម្រងនោម លើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងការរង របួសតម្រងនោម ជាទូទៅ ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យយឺតពេល ដោយសារតែអ្នកជំងឺអាចគ្មានរោគសញ្ញា ឬ រោគសញ្ញាមិនជាក់លាក់ ។

៤០.១ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺតម្រងនោម

តារាងទី៤០-១ ការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីស្រាវជ្រាវមុខងារតម្រងនោម

ការធ្វើតេស្តទឹកនោម

ការធ្វើតេស្ត dipstick ទឹកនោម រួមមាន៖
• ជាតិស្ករ៖ វិជ្ជមានលើអ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមិនបានត្រួតពិនិត្យ និង ការពុលតម្រងនោម ដោយឱសថ TDF ។
• ជាតិ Nitrites និង កោសិកា leukocytes៖ វិជ្ជមាន ករណីមានការបង្ករោគតាមបំពង់បង្ហូរនោម (urinary tract infections =UTI) ។
• ឈាម៖ បើវិជ្ជមាន ជាមួយ nitrites + leukocytes = UTI, បើអវិជ្ជមាន ពិចារណា លើការរលាក តម្រងនោម (nephritis) (→ វាស់សម្ពាធឈាម) ។
• ជាតិ Protein: វិជ្ជមាន ករណីរបួសតម្រងនោម រួមមាន៖
    • UTI (រួមជាមួយ nitrites និង leukocytes)
    • Nephritis (រួមជាមួយឈាម)
    • Nephritic syndrome – ជាញឹកញាប់ ≥ ២+
    • ខូចខាតបង្ហូរនោមស្រួចស្រាវ ឬរ៉ាំរ៉ៃ (ឧ. មកពីការប្រើប្រាស់ឱសថ TDF) ។

Urine albumin / creatinine ratio (ACR): • កើនឡើងលើអ្នកជំងឺ diabetic nephropathy (ជាទូទៅ តេស្ត dipstick អវិជ្ជមាន ជាតិ protein និង creatinine +/- N) ។

ពិនិត្យទឹកនោម ដោយ microscopy
• កោសិកាឈាមស កោសិកាឈាមក្រហម និងមេរោគបង្ក (UTI)
    • បើអាចធ្វើបាន ត្រូវបណ្ដុះមេរោគ ដើម្បីកំណត់រកមេរោគបង្ក និង antimicrobial sensitivity ។
• ទម្រង់កោសិកាឈាមក្រហម
    • ខូចទ្រង់ទ្រាយកោសិកាឈាមក្រហម ដែលមានដើមកំណើតមកពីតម្រងនោម (nephritis) ។
    • កោសិកាសឈាមក្រហមធម្មតា មានដើមកំណើតមកពីផ្នែកខាងក្រោមនៃបង្ហូរនោម។

ការធ្វើតេស្តឈាម
តេស្ត Serum Creatinine • Creatinine គឺសារធាតុគីមីធម្មជាតិបញ្ចេញក្នុងទឹកនោម ។ • Serum creatinine កើនឡើង នៅពេលដែលមិនបានលាងសម្អាតល្អ និងជាទូទៅ បញ្ជាក់ថាតម្រងនោមមានរបួស ។

• Creatinine clearance/estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR)
  • ជាការវាយតម្លៃមុខងារតម្រងនោម ដែលមានលក្ខណៈជាក់លាក់ ជាងការធ្វើតេស្ត serum creatinine ។
  • eGFR ថយចុះពេលមានរបួសតម្រងនោម (កម្រិតធម្មតានៃ eGFR = > ៩០ម.ល/នាទី)
  • eGFR អាចគណនាតាម Cockroft – សមីការ Gault:
eGFR ml/min = (១៤០ –អាយុ) x ទម្ងន់ (គ.ក្រ)/serum creatinine (μmol/l) (ចំពោះបុរស)
eGFR ml/min = (១៤០ –អាយុ) x ទម្ងន់ (គ.ក្រ) x ០,៨៥ /serum creatinine (μmol/l) (ចំពោះស្ត្រី) ។

• Serum electrolytes: potassium, sodium, phosphate, bicarbonate, urate
• CBC: normocytic anaemia (MCV ធម្មតា) កើតឡើងជាញឹកញាប់ ក្នុងករណីរបួសតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ។
កាពិនិត្យតម្រងនោមដោយអេកូ

• ជំងឺរលាកតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ជាទូទៅ → តម្រងនោមតូច (<៩ស.ម)
• ជំងឺរលាកតម្រងនោមស្រួចស្រាវ → តម្រងនោមរីកធំ (>១២ ស.ម)ឧ. HIVAN
• ការស្ទះបង្ហូរនោម
  • ការស្ទះបង្ហូរនោមទាំងសងខាង (ជាញឹកញាប់បណ្តាលមកពីជំងឺរបេងកូនកណ្តុរ)
  • ការស្ទះបង្ហូរនោមខាងក្រោម –ឧ. ប្រូសស្តាតរីកធំ (prostatic enlargement) ។

សូមមើលគំនូសបំព្រួញអំពី ការស្រាវជ្រាវភាពមិនធម្មតានៃ creatinine និងការធ្វើតេស្ត dipstick ទឹកនោម
រូបភាពទី៤៧-១គំនូសបំព្រួញកាវាយតំលៃ creatinine
រូបភាពទី ៤៧-២ គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោម ដោយ dipstick។

៤០.២ របួសតម្រងនោមស្រួចស្រាវ

៤០.២.១ របួសផ្នែកខាងមុខតម្រងនោមស្រួចស្រាវ

ជាទូទៅ បណ្តាលមកពីដំណាក់កាលថយចុះសម្ពាធឈាម ដោយសារៈ

- បង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ (Sepsis)

- បាត់បង់ជាតិទឹកច្រើន ឧ. បាត់ជាតិទឹកដោយសាររាករូស
- មូលហេតុសរសៃឈាម ឧ. myocardial infarct ។
- **ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ**: ការវាយតម្លៃគ្លីនិក អំពីស្ថានភាពជាតិទឹក មានភស្តុតាងថាមាន sepsis ។
- **ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល**:
    - ការបំពេញជាតិទឹក ជាញឹកញាប់តម្រូវឱ្យចាក់តាមបញ្ចូលជាតិទឹកតាមសរសៃឈាម ។
    - ព្យាបាលមូលហេតុ sepsis បើរកឃើញ
    - ចៀសវាងប្រើឱសថនាំឱ្យពុលតម្រងនោម (NSAIDS, aminoglycosides)
    - បើមុខងារតម្រងនោម មិនប្រសើរឡើងបានឆាប់រហ័សទេ ត្រូវ៖
        - ស្រាវជ្រាវពីមូលហេតុផ្សេងទៀតនៃជំងឺតម្រងនោម ។
        - កែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម ស្របតាម creatinine clearance (សូមមើលតារាងទី៤៧-១ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺដែលខ្សោយតម្រងនោម) ។
        - តាមដានមុខងារតម្រងនោមតាមរយៈការប្រែប្រួល eGFR, ប្រសិនបើតម្រូវឱ្យមានការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត ។

៤០.២.២ របួសផ្នែកខាងក្រោយតម្រងនោមស្រួចស្រាវ

ការស្ទះតម្រងនោម (ឧ. ការស្ទះតម្រងនោមបង្កដោយជំងឺរបេង) ។

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ: ការឆ្លុះអេកូ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការស្ទះបង្ហួរនោម និងតម្រងនោមរីកធំដោយសារទឹក (hydronephrosis) ។
- បើគ្មានអេកូទេ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅឆ្លុះអេកូនៅសេវាដែលអាចធ្វើបាន ប៉ុន្តែការឆ្លុះអេកូ មិនអាចរកឃើញសញ្ញាគ្លីនិកពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងទេ ដូច្នេះ វាជាការសមហេតុផល ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង និងតាមដានមុខងារតម្រងនោម ។

៤០.២.៣ របួសតម្រងនោមខាងក្នុង

មូលហេតុជាច្រើនបណ្តាលឱ្យចុះខ្សោយតម្រងនោម ដូចជាប្រតិកម្ម ឱសថ រួមមាន ៖

- ការពុលឱសថ Tenofovir (TDF) (សូមមើលផ្នែកខាងក្រោម)
- ការពុលឱសថ Cotrimoxazole និង rifampicin
    - ជំងឺ Interstitial nephritis – អ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា ដូចរោគសញ្ញាផ្តាសសាយ ឈឺចាប់មួយចំហៀងខ្លួន (flank pain) គ្រុនក្តៅ ។
    - ការពុលឱសថ Rifampicin កើតឡើងជាញឹកញាប់ នៅពេលឈប់ប្រើ និងនៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើឱសថ Rifampicin ឡើងវិញ ។

៤០.៣ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ

៤០.៣.១ ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ បណ្តាលមកពីជំងឺលើសសម្ពាធ និង/ឬ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ផ្អែកលើប្រវត្តិន៍ជំងឺ និងតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ
  - កើនឡើង creatinine រយៈពេលវែង ជាច្រើនខែ ។
  - តេស្តប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (Proteinuria) ដោយប្រើ dipstick កើនឡើង ACR (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន) ។
  - ជំងឺស្លេកស្លាំងតិចតួច (normocytic MCV) ។
  - តម្រងនោមរួមតូច ពេលពិនិត្យដោយអេកូ (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន) ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- បញ្ឈប់ការជក់បារី
- ជម្រើសការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ។
- រួមបញ្ចូល ACE I ក្នុងរូបមន្តព្យាបាល ឧ. enalopril ២,៥០ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ (វាស់សម្ពាធឈាម និង potassium) ។
- ចៀសវាងប្រើឱសថពុលតម្រងនោម ជាពិសេស ឱសថ NSAIDS
- កែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថ ដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម អាស្រ័យតាម creatinine clearance (សូមមើលតារាងទី ៩៧-១ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម) ។
- តាមដានលើការប្រែប្រួលកម្រិត eGFR ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការលៃសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀតតាមពេលវេលា
- តាមដាន creatinine និងប្រសិនបើ Cr > ២៥០ បញ្ជូនទៅទទួលសេវានៅផ្នែកឯកទេសតម្រងនោម ប្រសិនបើ មានសេវានេះ ។

៤០.៣.២ ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និង ជំងឺតម្រងនោម (HIV AN)

- ការពាក់ព័ន្ធរវាងជំងឺអេដស៍ និងជំងឺតម្រងនោម (HIVAN) បណ្តាលមកពីផលប៉ះពាល់ដោយផ្ទាល់នៃមេរោគអេដស៍ទៅលើតម្រងនោម ។ ជាទូទៅ កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺអេដស៍ និងមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាប ប៉ុន្តែ វាក៏អាចកើតឡើងលើអ្នកជំងឺ អេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ផងដែរ ។
- HIV AN ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ នៃ WHO ។
- HIV AN អាចកើតឡើងក្នុងរយៈពេលពីរទៅបីខែ បណ្តាលឱ្យមានជំងឺតម្រងនោមក្នុងដំណាក់ចុងក្រោយ (End Stage Renal Disease =ESRD) ។

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ

- ≥ ២+ proteinuria, creatinine ជាទូទៅមានការកើនឡើង (តែមិនមែនកើតឡើងជានិច្ចជាកាលនោះទេ) ។
- លើសសម្ពាធឈាម និងការហើម កើតមានដោយកំរ ហើយប្រសិនបើមាន ត្រូវពិនិត្យរកមូលហេតុផ្សេង ។
- ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយការធ្វើ biopsy ប៉ុន្តែតេស្តនេះមិនសូវអាចធ្វើបានទេ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន
- ព្យាបាលជាតិប្រូតេអ៊ីនក្នុងទឹកនោម (proteinuria) ដោយប្រើឱសថ enalopril ២,៥ម.ក្រ ២ដង/ថ្ងៃ - វាស់សម្ពាធឈាម និងធ្វើតេស្តរក potassium ។
- តាមដានជាតិ proteinuria និង creatinine រៀងរាល់ ៣ខែ/ម្តង រយៈពេល២ដង បន្ទាប់មករៀងរាល់ ៦ខែ/ម្តង ។
- ចៀសវាងប្រើប្រាស់ឱសថដែលធ្វើឱ្យពុលតម្រងនោម (nephrotoxic drugs) និងកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថដែលបញ្ចេញចោលតាមតម្រងនោម អាស្រ័យតាម eGFR សូមមើលតារាងទី៤៧-១ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺដែលខ្សោយតម្រងនោម)។
- តាមដានមុខងារតម្រងនោម តាមការប្រែប្រួល eGFR ដែលតម្រូវឱ្យកែសម្រួលកម្រិតដូស ឱសថបន្ថែមទៀត ។

ជំពូក ៤១. ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន

- អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID) និងអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន (PWUD) នៅកម្ពុជា មានអត្រាឆ្លងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ជាងប្រជាជនទូទៅ (សូមមើល តារាងទី៤៣-២ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជន នៅកម្ពុជា) ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន រួមទាំង ការផឹកសុរាច្រើន ការញៀនកញ្ឆា ការប្រើប្រាស់ amphetamines(យ៉ាម៉ា) និងការញៀនអាភាន អាចជួបប្រទះបញ្ហាជាច្រើនដែលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់ពួកគេ ។
- ការពុល ការបន្ថយកម្រិតដូសនិងការប្រើហួសកម្រិតដូស អាចមានលទ្ធផលមិនល្អសម្រាប់អ្នកជំងឺ ។
- ជាការសំខាន់ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនអាចនាំឱ្យមានការរំខានដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការទទួលទានអាហារូបត្ថម្ភឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ ។
- ការចាក់គ្រឿងញៀនប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងវីរុសតាមឈាម ដូចជា វីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងC ការបង្ករោគត្រង់កន្លែងចាក់ ការរាលដាលមេរោគក្នុងឈាម (septicaemia) និង រលាកសាច់ដុំបេះដូងបង្កដោយបាក់តេរី ។
- ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន អាចបណ្តាលឱ្យខ្វះសុភៈវិនិច្ឆ័យ និងការប្រព្រឹត្តិដែលបង្កើនការប្រឈមមុខខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។
- អ្នកជំងឺត្រូវបានផ្តល់ការអប់រំអំពីហានិភ័យទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ដើម្បីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃគ្រឿងញៀន (រួមទាំង ការចោលឧបករណ៍សម្រាប់ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដែលបានប្រើប្រាស់រួចដោយសុវត្ថិភាព) និងបញ្ជូនទៅកម្មវិធីកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃគ្រឿងញៀន និងកម្មវិធីពាក់ព័ន្ធ ដូចជា ការព្យាបាលជំនួសដោយ methadone ។ សំរាប់ការព្យាបាលជំនួសដោយ ឱសថមេតាដូន សូមបញ្ជូនអ្នកចាក់គ្រឿង ញៀនទៅសេវាព្យាបាល នៅគ្លីនិកនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ សូវៀត និងនៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមានជ័យ ខ័ណ្ឌច្បារអំពៅ(គ្រោងនឹងដំណើរការឆ្នាំ២០១៦។

ជំពូក ៤២. សុខភាពផ្លូវចិត្ត

- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ រងគ្រោះបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាច្រើន រួមទាំង ធ្លាក់ទឹកចិត្តថប់បារម្ភ រំលោភបំពានសារធាតុញៀន និងលក្ខខណ្ឌវិកលចរិក ផ្សេងទៀត ។
- អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ មានហានិភ័យនៃការវិវត្តន៍ទៅ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់(dementia) ទាក់ទងនឹងការបង្ករោគដោយមេរោគអេដស៍ ។
- បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងនេះ អាចបណ្តាលឱ្យមានការរំខានការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយការព្យាបាលអាចនឹងមានសក្តានុពល លើផលប៉ះពាល់ និងអន្តរកម្មឱសថ ។
- ផលប៉ះពាល់នៃ Efavirenz នាំឱ្យមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះ ត្រូវពិចារណាផ្លាស់ប្តូរឱសថនេះ ប្រសិនបើ វាមានផលប៉ះពាល់ ។

- សូមអានឧបសម្ព័ន្ធ ៤៩. សុខភាពផ្លូវចិត្ត
- រូបភាពទី៤៩-១ រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានអន្តរាគមន៍ mhGAP គោលការណ៍ណែនាំអំពី សុខភាពផ្លូវចិត្ត វិបត្តិសរសៃប្រសាទបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៅក្រៅគ្រឹះស្ថានសុខាភិបាល ។ កម្មវិធីសកម្មភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត Gap ២០១០។អង្គការសុខភាពពិភពលោក។អាចរកបាននៅ: http://www.paho.org/mhgap/en/ ។

៤២.១ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (Depression)

ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត កើតឡើងជាញឹកញាប់ ហើយមិនត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទេ ។ វាអាចរួមចំណែកដល់ការបាត់បង់ការតាមដានជំងឺ និងការលេបថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។

៤២.១.១ រោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

- អារម្មណ៍ក្រៀមក្រំ ខ្វះការលើកទឹកចិត្ត ខ្វះការប្រមូលអារម្មណ៍ ខ្វះថាមពល
- ស្រក់ទឹកភ្នែក ឬភ័យរន្ធត់
- វិបត្តិដំណេក
- ខ្វះការជឿជាក់លើខ្លួនឯង ខ្វះការថែទាំ/អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន
- ផ្លាស់ប្តូរការចង់ហូបអាហារ និងទម្ងន់
- ការសេពជាតិសុរា ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនផ្សេងទៀត
- ថយចុះសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងារជាមូលដ្ឋានប្រចាំថ្ងៃ ។

៤២.១.២ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

តារាងទី៤២-១ កម្រងសំនួរសម្រាប់ស្រាវជ្រាវជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

1. ក្នុងអំឡុង១ខែកន្លងមក តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា ដូចជាអ្នកកំពុងតែបាត់បង់អារម្មណ៍ ឬបាត់បង់ក្តីសប្បាយរីករាយក្នុងការធ្វើរឿងអ្វីមួយដែរឬទេ ?
2. តើអ្នកមានអារម្មណ៍ធ្លាក់ចុះ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬការអស់សង្ឃឹមដែរឬទេ ?

- ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺហាក់ដូចជាធ្លាក់ទឹកចិត្ត វាជាការសំខាន់ត្រូវវាយតម្លៃពីហានិភ័យនៃការចង់ធ្វើអត្តឃាត៖
  - តើអ្នកធ្លាប់បានគិតអំពីការបញ្ចប់អ្វីៗទាំងអស់ ឬទេ ?
  - តើអ្នកធ្លាប់បានគិតអំពីការបញ្ចប់ជីវិតរបស់អ្នកឬទេ ?
- ប្រសិនបើមាន ចម្លើយថា បាទ/ចាស សូមសួរអំពី តើក្នុងកាល:ទេស:បែបណា បានជាគាត់គិតរបៀបនេះ ហើយតើគាត់មានគំនិត ឬផែនការណាមួយដើម្បីធ្វើឱ្យខ្លួនគាត់មានការឈឺចាប់ ?

៤២.១.៣ ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត

- ច្រានចោលមូលហេតុផ្សេងៗនៃជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (ឧ. ធ្វើតេស្ត TFT ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)
- ពិនិត្យរកមើលមូលហេតុផ្សេងទៀត: ស្វែងយល់ពីបញ្ហាផ្លូវចិត្តនិងសង្គម
- បញ្ជូនទៅសេវាផ្តល់ប្រឹក្សា ក្រុមគាំទ្រ ឬសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសមស្រប
- ករណីធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវវាយតម្លៃ អំពីតម្រូវការនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (antidepressant medication) និងត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ១ សប្តាហ៍ ។

ការព្យាបាលដោយឱសថ

អន្តរកម្មជាច្រើនរវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដូច្នេះត្រូវពិនិត្យមើលអន្តរកម្មឱសថ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាល ឬ អ្នកជំងឺកំពុងតែព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (antidepressant)[៦០] ។

តារាងទី៤២-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត	NRTI	NNRTI	PI
Diazepam (ថ្នាំលេប)	OK	EFV potentially ↓ ពេលប្រើ diazepam	PI potentially ↑ ពេលប្រើ diazepam
Midazolam (IMI)	OK	Contraindicated ដោយសារ EFV ↑↑ ពេលលេប midazolam	ប្រុងប្រយ័ត្នពេលប្រើ PI ↑ ពេលប្រើជាមួយ midazolam។
Haloperidol (ថ្នាំលេប /IMI)	OK	EFV potentially ↓ ពេលប្រើជាមួយ haloperidol	ត្រូវប្រយ័ត្នពេលប្រើ PI ↑ ពេលប្រើប្រាស់ amitryptaline/SSRI/ haloperidol, គ្រប់មូលហេតុនៃ QT prolongation. ចៀសវាងបើអាចធ្វើបាន ចៀសវាងបន្ថយកម្រិតដូសនៃ amitryptaline/SSRI/ haloperidol និងធ្វើតេស្ត ECG តាមដាន ។
Amitriptyline	OK	OK	
SSRI – fluoxetine, sertraline	OK	OK	
SSRI – sertraline, venlafaxine, citralopram	OK	EFV potentially ↓ កម្រិតនៃ SSRI	

[៦០] www.hiv-druginteractions.org/

៤២.២ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់: ជំងឺផ្លូវចិត្ត និង ជំងឺផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ?

វាសំខាន់ណាស់ក្នុងការបែងចែក រវាងអ្នកជំងឺវង្វេងវង្វាន់ ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានភាពរវើរវាយ (delirium) ដោយសារតែការព្យាបាលមូលហេតុជំងឺណាមួយ ឬការបង្កជំងឺផ្លូវចិត្តដំបូង ។

- ការវើរវាយ ត្រូវបានកំណត់ដោយការឡើងចុះនៃវិញ្ញាណចងចាំជារួម ដោយមានទំនាក់ទំនងនឹងការប្រព្រឹត្តិខុសប្រក្រតី ។

តារាងទី៤២-៣ ការវែកញែក រវាងជំងឺវេជ្ជសាស្ត្រ ចេញពីជំងឺឆ្កួត[៦១]

	ការវើរវាយ កើតក្រោយពី មូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ	Psychosis (ជំងឺផ្លូវចិត្ត) ដែលជារោគសញ្ញានៃជំងឺឆ្កួត
មូលហេតុ	*វេជ្ជសាស្ត្រ:* ការបង្ករោគ/ខ្វះអុកស៊ីសែន/ខ្វះជាតិស្ករក្នុងឈាម/ជំងឺខួរក្បាល/ជំងឺថ្លើម ជំងឺខួរក្បាល/ទាក់ទងនឹងការប្រើឱសថ ។	*ជំងឺផ្លូវចិត្ត(Psychiatric):* វិកលចរិក(Schizophrenia), វិបត្តិអារម្មណ៍ជាមួយនឹងលក្ខណ: វិកលចរិក ។
ការលេចចេញរោគសញ្ញា (Onset)	ចាប់ផ្តើមជាច្រើនម៉ោង ឬច្រើនថ្ងៃ ។	ចាប់ផ្តើមដោយមានរោគសញ្ញាកាន់តែខ្លាំងឡើងជាបណ្តើរៗ ។
	ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តឡើងចុះ	ស្ថានភាពផ្លូវចិត្តមិនឡើងចុះ
	ការបាត់បង់វដ្តនៃដំណេក/វដ្តនៃការភ្ញាក់ពីដំណេក វិបត្តិស្មារតី អន្ទះអន្ទែង(agitation) វញ្ញាក់រញ៉ូវ ។	គ្មានការរំខានស្មារតី បាត់បង់ស្មារតី(Delusion) ។
ការតម្រង់ទិស	ការច្រឡំពេលវេលា មនុស្ស ទីកន្លែង	ជាទូទៅ អាចចំណាំបាន
ការមើមមាយ (Hallucination)	ការមើលអ្វីមួយមិនច្បាស់	Hallucinations – ជាទូទៅការស្តាប់មិនច្បាស់ ។
ការចងចាំ	បាត់បង់ការចងចាំរយ:ពេលខ្លី	មិនបាត់បង់ការចងចាំ
ការប្រុងប្រយ័ត្ន	ពិបាកក្នុងការផ្តោតអារម្មណ៍លើអ្វីមួយ ។	ការប្រុងប្រយ័ត្ន ឬផ្តោតអារម្មណ៍នៅធម្មតា ។
ប្រវត្តិជំងឺ	ភាពមិនធម្មតា មានប្រវត្តិជំងឺដូចគ្នា ។	ប្រវត្តិជំងឺដែលធ្លាប់កើតលើកមុន ជាញឹកញាប់ ។

[៦១] ប្រែសម្រួល ពី គោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិក ជំងឺរបេង/អេដស៍ អង្គការ MSF ២០១៥

ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺវង្វេងវង្វាយ(delirium)

- ស្រង់ប្រវត្តិជំងឺ (រួមទាំង ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន) និងការពិនិត្យរាងកាយពេញលេញ ដើម្បីរុករកមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ។
- ត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនៃការប្រើប្រាស់ឱសថ និងបញ្ឈប់ឱសថណាមួយដែលអាចធ្វើឱ្យមានបញ្ហាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង ។
- អនុវត្តការធ្វើតេស្តកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម និងការស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ។
- ពិចារណាក្នុងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (LP) ដើម្បីផាត់ចេញការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល (ឧ. ជំងឺរបេង ជំងឺ cryotococcus) ។
- ពិនិត្យភាពឆ្អែតនៃអុកស៊ីសែន (ប្រសិនបើមានម៉ាស៊ីនអាចធ្វើបាន) ។
- បើសង្ស័យថា ទើបតែផឹកស្រា ចាក់ Thiamine តាមសរសៃ (មុននឹងចាក់បញ្ចូលគ្លុយកូសតាមសរសៃ IVI) ។
- គ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងបន្ទប់ស្ងប់ស្ងាត់ និងមានសមាជិកគ្រួសារនៅជាមួយគាត់ ។
- ពន្យល់អ្នកជំងឺឱ្យបានច្បាស់ អំពីអ្វីដែលនឹងកើតឡើង និងពន្យល់សារឡើងវិញ បើសិនជាចាំបាច់ ។
- ការវង្វេងវង្វាយ អាចមានបន្តទៀតនៅពេលខ្លះ បន្ទាប់ពីបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានដោះស្រាយ និងណែនាំឱ្យក្រុមគ្រួសារ ផ្តល់ការថែទាំអ្នកជំងឺឱ្យមានសុវត្ថិភាព ក្រោយពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ។

ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត

- បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ។

៤២.៣ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានឥរិយាបថត្រូវសង្គ្រោះបន្ទាន់

ជួនកាលស្ថានភាពមួយបានកើតឡើងនៅពេលដែលបុគ្គលម្នាក់មានការភិតភ័យខ្លាំងហើយបង្កឥរិយាបថក្នុងរបៀបមួយ ដែលអាចបង្កហានិភ័យដល់ខ្លួនឯង និងអ្នកដទៃទៀត ។

- សូមព្យាយាមរក្សាអ្នកជំងឺឱ្យស្ថិតនៅបរិស្ថានស្ងប់ស្ងាត់ និងមានការចូលរួមការគាំទ្រពីក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលអាចជួយគាត់ និងឱ្យអ្នកផ្សេងទៀតដែលអាចធ្វើឱ្យភិតភ័យចាកចេញពីគាត់ ។
- និយាយជាមួយអ្នកជំងឺដោយស្ងៀមស្ងាត់ និងច្បាស់លាស់ និងពន្យល់យ៉ាងច្បាស់អំពីអ្វីដែលកំពុងកើតឡើង ។

ចំពោះការគ្រប់គ្រងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ នៃការភិតភ័យ/ភាពកាចសាហាវរបស់អ្នកជំងឺ (ជាបណ្តោះអាសន្ន) ខណៈពេលកំពុងរៀបចំបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ អាចនឹងពិចារណារប្រើប្រាស់ឱសថក្នុងក្រុម antipsychotic និង sedative medication ក្រោយពេល វិធានការមិនប្រើប្រាស់ឱសថទទួលបរាជ័យ។

ត្រូវពិចារណា អំពីអន្តរកម្មឱសថ មុននឹងព្យាបាលដោយឱសថ (សូមមើលតារាងទី ៤២-២ អន្តរកម្ម រវាងឱសថព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍) ។

ប្រើថ្នាំលេបជាមុនសិន (ចំណាយពេលវេលាដើម្បីបញ្ចុះបញ្ចូលអ្នកជំងឺដោយទន់ភ្លន់ និងមានជំនួយពីសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិដែលគាត់ជឿទុកចិត្ត) ។

- ឱសថជួរទី១: Diazepam ៥ –១០ ម.ក្រ លេបរាល់២– ៦ម៉ោង/ម្តង អាស្រ័យទៅតាមការឆ្លើយនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក អាចប្រើរហូតដល់កម្រិតបរិមា ៦០ម.ក្រ ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។
- ឱសថជួរទី២: Haloperidol ០,៥–២ម.ក្រ លេបរាល់២ម៉ោង/ម្តង អាស្រ័យទៅតាមការឆ្លើយនៃរោគសញ្ញាគ្លីនិក អាចប្រើរហូតដល់កម្រិតបរិមា ៥-១០ម.ក្រ ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។

ប្រសិនបើមិនអាចលេបថ្នាំបាន ត្រូវប្រើថ្នាំចាក់:

- Haloperidol ៥–១០ ម.ក្រ ចាក់ IMI ។

ការតាមដាន

- ចូរប្រយ័ត្នមិនឱ្យលើសកម្រិតដូសរម្ងាប់អារម្មណ៍ទេ (over-sedate) និងត្រូវយល់ដឹង អំពីផលប៉ះពាល់បន្ថែមរយៈពេលយូរ ដែលជាលទ្ធផលនៃការប្រើកម្រិតដូសច្រើនលើកច្រើនសារ និងការបង្កើនឥទ្ធិពលរួមគ្នានៃឱសថ ។

- តាមដានអ្នកជំងឺឱ្យបានជិតដល់ –រៀងរាល់ ១៥នាទី/ម្តង ដើម្បី៖
  - បន្ថយស្ថានភាពនៃការដឹងខ្លួន(conscious state) ។
  - ថយចុះសម្ពាធឈាម ជំងឺថប់ដង្ហើម (respiratory depression) ស្ទះផ្លូវដង្ហើម ការបូមវត្ថុរាវចេញពីសួត (aspiration) ។
  - ចៀសវាងការរងរបួសដល់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកដទៃទៀត ។

បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យភ្លាម ដើម្បីបន្តការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលបន្ថែមទៀត។

ការព្យាបាលបន្ទាន់ ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

ជំពូក ៤៣. ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP)

ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) សំដៅទៅលើការលេបឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដោយបុគ្គលដែលមានលទ្ធផលតេស្តឈាមរកពោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ដើម្បីបង្ការកុំឱ្យឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្រោយពីមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីបុគ្គលដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (ឬបុគ្គលដែលមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍) ។

- PEP គឺជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍៣មុខ ដែលត្រូវបានចាប់ផ្តើមឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន បន្ទាប់ពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និង បន្តការព្យាបាលរៀងរាល់ថ្ងៃរហូត ២៨ថ្ងៃ ក្រោយការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។
- PEP អាចនឹងត្រូវពិចារណា ក្រោយពីមានរបួសនៅពេលបំពេញការងារ ដូចជា របួសដោយមុតម្ជុលចំពោះបុគ្គលិកសុខាភិបាល ឬបន្ទាប់ពីការប្រឈមមុខនឹងសកម្មភាពផ្លូវភេទ ជាពិសេស ចំពោះជនរងគ្រោះនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ។
- រាល់ការចេញវេជ្ជបញ្ជាណាមួយនៃ PEP ត្រូវធ្វើតាមគោលការណ៍យល់ព្រមគ្នា ដោយផ្អែកលើការយល់ដឹង ពីហានិភ័យ និងពីអត្ថប្រយោជន៍ រួមទាំង ការពិភាក្សាអំពីផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតឡើង និងពីសារៈសំខាន់នៃការលេបថ្នាំឱ្យត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នៃ PEP ។

៤៣.១ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

សារធាតុរាវនៃសរីរាងដែលអាចនាំឱ្យមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ៖

- ការប៉ះពាល់ឈាម ឈាមលាយទឹកមាត់ ការបំបៅកូនដោយទឹកដោះម្តាយដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ទឹករំអិលបញ្ចេញដោយប្រដាប់ភេទ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ទឹកភ្លោះ ទឹករន្ធគូថ ទឹកសន្លាក់ (synovial) ទឹកស្រោមបេះដូង ឬ ទឹកស្រោមសួត ។

សារធាតុរាវសរីរាងដែលមិនបង្កហានិភ័យខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ហើយមិនតម្រូវឱ្យព្យាបាលបង្ការដោយ PEP ទេ ដូចជា ទឹកភ្នែក ទឹកមាត់ដែលមិនលាយឈាម ទឹកនោម និងញើស ។

តារាងទី៤៣-១ ផ្លូវចម្លងនៃមេរោគអេដស៍ និងកម្រិតមធ្យមនៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍តាមដំណាក់កាល

ការប្រឈមមុខជាមួយនឹងប្រភពនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍	ការប៉ាន់ស្មាននៃហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ តាមដំណាក់កាល[៦២]
ប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ (តាមរយៈឈាម ទឹកកាមបុរស និង ទឹករំអិលទ្វារមាស)	
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមទ្វារមាស (ឆ្លងពីស្ត្រីមកបុរស)	១/២៥០០ (០,០៤%)
• ការរួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល (ឆ្លងពីបុរសទៅស្រី)	១/១២៥០ (០,០៨%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូថជាកន្លែងទទួល (ឆ្លងពីបុរសទៅបុរស(MSM) ឬពីបុរសទៅស្រី) *ដោយគ្មាន* ការដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/៧០ (១,៤៣%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូថជាកន្លែងទទួល *ដោយមាន* ការដកចេញមុនពេលចេញទឹកកាម។	១/១៥៥ (០,៦៤%)
• ការរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមរន្ធគូថ ដោយមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ (បុរសរួមភេទជាមួយបុរស)។	១/១៦០ (០,៦២%)
• ការរួមភេទតាមរន្ធគូថដោយស៊កបញ្ចូល ដោយបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ(បុរសរួមភេទជាមួយបុរស)។	១/៩០០ (០,១%)
• រួមភេទតាមមាត់: ដោយស៊កបញ្ចូល ឬជាកន្លែងទទួល (ប្រុសឬស្រី)។	កម្រិតទាបណាស់
ការប្រឈមមុខជាមួយឈាម	
• ការចាក់គ្រឿងញៀនតាមសរសៃ: ឆ្លងតាមសម្ភារៈចាក់ទំលុះស្បែក	១/១២៥
• ការមុតម្ជុលពេលបំពេញការងារ(NSI) ឬសម្ភារៈមុតស្រួចផ្សេងទៀត	១/៤៤០
• ការបញ្ចូលឈាម	១/១,១ (៩០%)
ការប្រឈមមុខផ្សេងទៀត	
• ការប្រឈមមុខដោយការប៉ះពាល់ Mucus membrane ឬស្បែកដែលមិនដាច់រលាត់។	< ១/១០០០

[៦២] ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ប្រឈមនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលបំពេញការងារ ឬមិននៅពេលបំពេញការងារ។ គោលការណ៍ណែនាំជាតិ។ ASHM 2013. មាននៅ www.ashm.org.au.

កត្តាបង្កើនហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍

- អ្នកផ្ទុកមេរោគ ដែលមានចំនួនមេរោគអេដស៍ (Viral load) ខ្ពស់-នៅដំណាក់កាល seroconverting ឬជំងឺអេដស៍ក្នុងដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ ។
- ការឆ្លងតាមការចាក់ថ្នាំ៖
  - មេរោគអេដស៍ជ្រៀតចូលតាមមុខរបួសដោយសារមុតម្ជុល និង/ឬ ចាក់ម្ជុលចូលទៅក្នុងសរសៃឈាមវ៉ែន ឬសរសៃឈាមក្រហមដោយផ្ទាល់ ។
- ការចម្លងតាមផ្លូវភេទ៖
  - ប្រភពចម្លងរោគ ឬបុគ្គលដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងជំងឺកាមរោគ ជាពិសេស ជំងឺដំបៅប្រដាប់បន្តពូជ និងការបង្ករោគដោយ gonococcus ។
  - ដាច់រលាត់ភ្នាស់ mucosa ក្នុងប្រដាប់បន្តពូជ (មានរបួស ការបង្ករោគ) ។
  - ដាច់រលាត់ភ្នាស mucosa ក្នុងមាត់ ករណីរួមភេទតាមមាត់ ។
  - បុរសដែលមិនផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយមិនបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ និងរួមភេទដោយស៊កបញ្ចូលតាមទ្វារមាស ឬតាមរន្ធគូថ ។

ការប៉ាន់ស្មានគ្រោះថ្នាក់អំពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីប្រភពដែលមិនដឹងច្បាស់

ការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ = ហានិភ័យនៃការឆ្លង ផ្អែកតាមការប្រឈមមុខ x ការប្រឈមមុខនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីបុគ្គលដែលមានតេស្តមេរោគអេដស៍ វិជ្ជមាន (ប្រេវ៉ាឡង់)

តារាងទី៤៣-២ ការប៉ាន់ស្មានអត្រាប្រេវ៉ាឡង់នៃមេរោគអេដស៍តាមក្រុមប្រជាជន នៅកម្ពុជា

(ប្រភព NCHADS 2015)

ប្រជាជន/ក្រុមប្រជាជន	ប្រេវ៉ាឡង់
ប្រជាជនទូទៅជាមនុស្សពេញវ័យ	០,៦%
អ្នកចាក់គ្រឿងញៀន (PWID)	២៤,៨%
អ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដោយមិនចាក់ (PWUD)	៤,៤%
ស្ត្រីបម្រើសេវាកំសាន្ត (មានដៃគូរួមភេទ > ៧ នាក់ /សប្តាហ៍)	១៣,៩%
អ្នកប្លែងភេទពីបុរស →ស្ត្រី	៩,៨%
បុរសរួមភេទជាមួយបុរស	២,៣%

ឧទាហរណ៍ គណនាការប៉ាន់ប្រមាណនៃការប្រឈមមុខនឹងព្រឹត្តិការណ៍ពិសេស នៅប្រទេសកម្ពុជា ប៉ុន្តែគួរកត់សម្គាល់ថា ៖

១. ហានិភ័យពិតប្រាកដអាចកើនឡើង ដោយសារតែកត្តាជីវសាស្ត្រ ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ។

២. ក្នុងករណីនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ប្រភពប្រជាសាស្ត្រនេះ អាចមិនត្រូវបានគេដឹងទេ ។

- ហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ទៅមន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលរងរបួសដោយការមុតម្ជុលក្រោយពេលចាក់ថ្នាំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលបានដឹង = ១/៤៤០ ឬ ០,២៣% ។
- ហានិភ័យនៃមន្ត្រីសុខាភិបាល ដែលមានរបួសដោយមុតម្ជុល ពីមនុស្សពេញវ័យម្នាក់ដែលជាប្រជាជនទូទៅ ដោយមិនដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍=១/៤៤០ (០,២៣%) x ០,៦% = ០,០០១៤% ។
- ហានិភ័យនៃបុរសដែលធ្លាប់បែកធ្លាយស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមភេទតាមទ្វារមាស ជាមួយស្ត្រីបំរើសេវាកំសាន្ត = ១/២៥០០ x ១៣,៩% = ០,០០៥៦% ។
- ហានិភ័យនៃបុរសដែលត្រូវបានគេរំលោភតាមរន្ធគូថ (សន្មតិថា ក្រុមបុរសរួមភេទជាមួយបុរស) = ១/៧០ x ២,៣% = ០,០៣៣% ។
- ហានិភ័យនៃស្ត្រីដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាស ដោយបុរសម្នាក់ជាប្រជាជនទូទៅ = ១/១២៥០ x ០,៦% = ០,០០០៤៨% ។
- ហានិភ័យនៃស្ត្រីដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាសដោយអ្នកចាក់គ្រឿងញៀនម្នាក់ = ១/១២៥០ x ២៤,៨% = ០,០២% ។

ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍កាន់តែខ្លាំង និងមកពីប្រភពច្រើន ត្រូវបូកបន្ថែមសម្រាប់ការប៉ាន់ស្មាននៃកម្រិតហានិភ័យ

- ហានិភ័យនៃស្ត្រីម្នាក់ដែលត្រូវបានគេរំលោភតាមទ្វារមាស និងតាមរន្ធគូថ ដោយអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនម្នាក់គឺ (១/១២៥០ x ៤,៤%) + (១/៧០ x ៤,៤%) = ០,០០៣៥% + ០,០៦% = ០,០៧%។
- ហានិភ័យនៃស្ត្រីម្នាក់ដែលត្រូវបានគេចាប់រំលោភតាមទ្វារមាស ដោយក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន៥នាក់ = ៥ x ១/១២៥០ x ៤,៤% = ០,០១៨% ។

៤៣.២ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ក្នុងចំណោមបុគ្គលិកសុខាភិបាលនៅពេលបំពេញការងារ

- PEP មានប្រសិទ្ធភាពខ្លាំងបំផុត ប្រសិនបើ បានចាប់ផ្តើម PEP ក្នុងកំឡុងពេល ៤ ម៉ោង ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ប៉ុន្តែគេអាចផ្តល់ PEP បានរហូតដល់ទៅ ៧២ ម៉ោង ក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ ។
- ការផ្តល់ PEP ក្នុងករណីនៃការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលបំពេញការងារ ដែលមានប្រភពពីអ្នកជំងឺអេដស៍ ៖
  - មុតចាក់ជ្រៅ មុខរបួសធំ ដោយម្ជុលមានមុខកាត់ធំ ។
  - របួសដោយមុតម្ជុល បន្ទាប់ពី បានប្រើប្រាស់សម្រាប់ចាក់សាច់ដុំ/សរសៃឈាម/ចាក់សើរស្បែក។

- ការរងរបួស ដោយឧបករណ៍មុតស្រួចកខ្វក់ ហើយប្រឡាក់ឈាមដែលអាចមើលឃើញ ។
- ការប៉ះពាល់ > ១នាទី នៃបរិមាណឈាមដ៏ច្រើន ជាមួយស្បែកដែលគ្មានការដាច់រលាត់ ឬភ្នាសស្តើងនៃស្បែក ។
- ការប៉ះពាល់ស្រដៀងគ្នាជាមួយឈាមដែលប៉ះពាល់នឹងទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង ទឹកសន្លាក់ ទឹកស្រោមសួត ទឹកស្រោមបេះដូង ឬទឹកភ្លោះ ។

ទាក់ទងនឹងប្រភពនៃជំងឺ

- ប្រសិនបើ ប្រភពត្រូវបានគេដឹងថា មាន VL undetectable ហានិភ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ អាចត្រូវបានកាត់បន្ថយ ទោះជាយ៉ាងណា ការចម្លងមេរោគអេដស៍តាមរយៈឈាម នៅតែជាហេតុផលដ៏សមស្រប ក្នុងការពិចារណាព្យាបាលបង្ការការចម្លងរោគអេដស៍ក្រោយពេលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (PEP) ។
- បើសិនបើ ប្រភពជាអ្នកជំងឺដែលមិនទាន់ដឹងពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ → ផ្តល់ប្រឹក្សាអ្នកជំងឺនោះឱ្យធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ឱ្យបានឆាប់ តាមដែលអាចធ្វើបាន ។
- ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីប្រភពចម្លង ដោយគោរពគោលការណ៍រក្សាការសម្ងាត់ និងគោរពសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់គាត់ ក្នុងការបដិសេធមិនធ្វើតេស្តឈាម ។
- ប្រសិនបើ ប្រភពត្រូវបានគេដឹងថា ធ្លាប់បរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគ អេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ PEP និងពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ។

៤៣.៣ ការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ

- PEP គួរចាប់ផ្តើមឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងស្ថិតក្នុងកំឡុងពេល ៧២ ម៉ោង។
- ប្រសិនបើ មានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងតាមផ្លូវភេទ មកពីអ្នកជំងឺដែលគេដឹងថា មានតេស្ត VL undetectable (ឧ.ធ្លាយស្រោមអនាម័យពេលរួមភេទជាមួយដៃគូដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍) ហានិភ័យគឺមានកម្រិតទាបខ្លាំងណាស់ ហើយ PEP មិនត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យព្យាបាលទេ ។

៤៣.៤ រូបមន្តព្យាបាល PEP

- ត្រូវលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គ្រប់រយៈពេល **២៨ ថ្ងៃពេញលេញ** គឺមានសារៈសំខាន់ ដើម្បីទទួលបានប្រសិទ្ធភាពនៃការព្យាបាល ។
- **រូបមន្តព្យាបាលជាជម្រើសគឺ ២ NRTI + ឱសថក្នុងក្រុម PI** ក្នុងកម្រិតដូសស្តង់ដា ។
  - **TDF ៣០០ ម.ក្រ + 3TC ៣០០ម.ក្រ + ATV /r ៣០០/១០០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ x២៨ថ្ងៃ** ។

- ឆ្អឹងខ្នងក្រុមឱសថ NRTI នៃ TDF + 3TC គឺមានភាពអត់ទ្រាំល្អ និងឱសថក្រុម PI គឺមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងករណីមានការចម្លងភាពស៊ាំជាមួយឱសថក្រុម NNRTI ។

- ប្រសិនបើ មិនទាន់មានឱសថជួរទី៣ទេ ឬមាន contraindicated រូបមន្តដែលមានឱសថក្រុម NRTI ២ មុខ គឺអាចទទួលយកបាន បើប្រភពចម្លងមេរោគអេដស៍ត្រូវបានគេដឹង ឬសង្ស័យថា ធ្លាប់បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។
- Efavirenz ជារូបមន្តព្យាបាល PEP ជួរទី៣ ទោះជាយ៉ាងណា វាអាចមិនមានប្រសិទ្ធភាព ករណីដែលមានការចម្លងវីរុសអេដស៍ដែលស៊ាំជាមួយ NNRTI និងមានផលប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល អាចបង្កការលំបាកដល់អ្នកជំងឺណាដែលមានជំងឺថប់បារម្ភ ទាក់ទងទៅនឹងការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងថ្មីនៃមេរោគអេដស៍ ។
- គ្មាន contraindications ទេ ក្នុងការផ្តល់ PEP សម្រាប់ស្រ្តីមានផ្ទៃពោះឬ ស្ត្រីកំពុងបំបៅដោះកូន។
- មានទ្រឹស្តីហានិភ័យនៃការរលាកថ្លើម (hepatic flare) ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថ TDF+ 3TC ដែលត្រូវបានជ្រើសរើសយកមកព្យាបាល PEP ត្រូវបានបញ្ឈប់ដូចដែលបានឃើញអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។ ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B មិនត្រូវយកប្រើជាលក្ខខណ្ឌក្នុងការប្រើ ឱសថ TDF+ 3TC សម្រាប់ការព្យាបាល PEP នោះទេ ប៉ុន្តែ អ្នកជំងឺដែលដឹងថា មានការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រូវធ្វើការតាមដាន hepatic flare ក្រោយពីបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថបង្ការការចម្លងមេរោគអេដស៍ ដែលមានរូបមន្ត TDF+3TC ជាមូលដ្ឋាន ។

៤៣.៥ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍

១. ការវាយតម្លៃ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភ្លាមៗ (តារាងទី៥០-១ ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP)
➢ **ការសង្គ្រោះបឋម** ○ ការប្រឈមមុខដោយការរួមភេទតាមមាត់៖ ស្តោះឈាម/សារធាតុរាវនៃរាងកាយចេញក្រៅ ហើយលាងជម្រះជាមួយទឹក ។ ○ របួស៖ លាងមុខរបួស/លាងស្បែកដែលប៉ះពាល់ជាមួយឈាម/សារធាតុរាវនៃរាងកាយ។ ○ ភ្នាសស្តើងនៃស្បែក និងភ្នែក៖ ចាក់ទឹកតិចៗ/លាយអំបិល ហើយលាង (យកកញ្ចក់កែវភ្នែកចេញបើសិនជាមាន) ។ ○ មិនត្រូវចាក់ថ្នាំសម្លាប់មេរោគ ឬចាក់ disinfectants ចូលទៅក្នុងមុខរបួសទេ ។ ○ មិនត្រូវប្រើទឹកថ្នាំបាញ់លាងទ្វារមាស ឬរន្ធគូថ បន្ទាប់ពីមានការរួមភេទទេ ។ ➢ **ធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ទាំងអ្នកដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងប្រភពចម្លង (ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន)** ○ មិនត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើម PEP ក្នុងកំឡុងពេលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ យើងអាចចាប់ផ្តើម និងបញ្ឈប់ PEP បើប្រភពចម្លង ត្រូវបានរកឃើញថា មានលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគ

អេដស៍ អវិជ្ជមាន ឬអ្នកដែលបានប៉ះពាល់ ត្រូវបានរកឃើញថា ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ។

- **វាយតម្លៃហានិភ័យ និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យក្នុងការទទួលការព្យាបាលដោយ PEP** ដោយផ្អែកលើធម្មជាតិនៃស្ថានភាពដែលមានការប្រឈមមុខ(ការប៉ះពាល់)នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍នៃប្រភពចម្លង

↓

២. ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី កម្រិតនៃការប្រឈមមុខ និងជម្រើសនៃ PEP

- ពន្យល់ពីការប៉ាន់ស្មានហានិភ័យនៃការចម្លងមេរោគអេដស៍ (សូមអានផ្នែកខាងលើ)
- ពន្យល់ពីហានិភ័យ និងផលប្រយោជន៍នៃ PEP៖
  - PEP កាត់បន្ថយការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គួរឱ្យកត់សម្គាល់ ប៉ុន្តែ វាមិនអាចលប់បំបាត់ការប្រឈមមុខនឹងចម្លងមេរោគអេដស៍ បានទាំងស្រុងទេ ។
  - PEP ត្រូវបន្តការព្យាបាលរយៈពេល ២៨ថ្ងៃ ជាបន្តបន្ទាប់ ។
  - ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ដែលបានជ្រើសរើសយកព្យាបាល PEP ។
- ទទួលបាននូវការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺដោយផ្ទាល់មាត់ (verbal informed consent) មុននឹងចាប់ផ្តើម PEP ។

↓

៣. ចាប់ផ្តើម **PEP** ឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែលអាចធ្វើបាន ក្រោយពីមានការប្រឈមមុខ ដោយ**ចាប់ផ្តើមកម្រិតដូសឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ភ្លាម !** ។

- ពិនិត្យអន្តរកម្មឱសថ ជាមួយថ្នាំផ្សេងទៀតដែលកំពុងប្រើប្រាស់ ។
- ផ្តល់ប្រឹក្សា ដើម្បីឱ្យអ្នកជំងឺលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលប្រើ ។
- កុំពន្យាពេលចាប់ផ្តើម PEP ខណៈពេលដែលកំពុងប្រមូលព័ត៌មាន ឬ ការបំពេញបែបបទព្យាបាល ។
- រូបមន្តឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដានៃ PEP :
  - **TDF ៣០០ ម.ក្រ + 3TC ៣០០ម.ក្រ + ATV /r 300/១០០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ រយៈពេល ២៨ ថ្ងៃ** ។
  - លេបកម្រិតដូសដំបូងភ្លាមៗ ។
  - ផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាលើកដំបូង សម្រាប់រយៈពេល ៤ ថ្ងៃ ។

↓

៤. វាយតម្លៃ និងការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃការពន្យាកំណើត និងការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ក្នុងបរិបទនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ។

- ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគសាកល្បង ជាមួយឱសថ Azithromycin១ក្រាមនិង Cefixime ៤០០ម.ក្រ ។
- ការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃការពន្យាកំណើត និង ការធ្វើតេស្តគិភ នៅពេលដើមគ្រា និងតេស្តតាមដាន ។

↓

៥. ការវាយតម្លៃកម្រិតប្រឈមមុខនឹងបង្ករោគផ្សេងៗ

- ការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B ៖ ហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការឆ្លងតាមឈាម និងតាមការរួមភេទ ។
- ការបង្ករោគដោយវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ C ៖ ហានិភ័យខ្ពស់តាមរយៈការឆ្លងតាមឈាម និងតាមការរួមភេទដែលមានដាច់រលាត់ស្បែក ។
- តេតាណូស - បុគ្គលដែលមានរបួស (សត្វខាំ ដាច់រលាត់ ឬមុតដាច់) ត្រូវពិនិត្យវាយតម្លៃពីស្ថានភាពតេតាណូស និងត្រូវផ្តល់ជូនការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺតេតាណូសផង ។

៦. ពន្យល់ពីតម្រូវការការព្យាបាលបង្ការលើកទី២

- វិធានការត្រូវបានប្រតិបត្តិ ដើម្បីចៀសវាងការចម្លងមេរោគអេដស៍លើកទី២ រហូតដល់មានការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ក្នុង ៣ខែទៀត ។
- ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ការអនុវត្តន៍ការចាក់ថ្នាំដោយសុវត្ថិភាព និងចៀសវាងការបរិច្ចាគឈាម ។ ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការបន្តបំបៅដោះកូន គួរតែត្រូវបានលើកមកពិភាក្សា ។

៧. ចំពោះករណីរំលោភផ្លូវភេទ/បញ្ជូនទៅទទួលការគាំទ្រផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គមសាស្ត្រ[៦៣]

- សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ របស់ NCHADS ដែលបានរៀបរាប់លម្អិតអំពីការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ[៦៤] ។

៨. ការបំពេញឯកសារព្យាបាល

- សូមមើល តារាងទី៥០-១ ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP។

៩. ការតាមដាន ក្រោយពីបានទទួលការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីការប្រឈមមុខក្នុងការឆ្លងរោគ

- ត្រឡប់មកគ្លីនិកវិញក្នុងកំឡុងពេល ៣ -៤ថ្ងៃ ដើម្បីវាយតម្លៃនៃការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងភាពទ្រាំទ្រជាមួយថ្នាំ និងការពិនិត្យមើលពីលទ្ធផលទាំងអស់ និង អំពី ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងត្រូវបានផ្តល់ជូន ។

---

[៦៣] ឆ្លើយតបទៅនឹង អំពើហិង្សា ដៃគូជិតស្និទ្ធនិង អំពើហិង្សាផ្លូវភេទ ប្រឆាំងនឹងស្ត្រី : គោលការណ៍ណែនាំ និងគោលនយោបាយ របស់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក។ ក្រុងហ្សឺណែវ : អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឆ្នាំ២០១៣។

[៦៤] គោលការណ៍ណែនាំ ជាតិស្តីពី ការឆ្លងជំងឺ កាមរោគ និងការគ្រប់គ្រង ករណីឆ្លងមេរោគលើផ្លូវបន្តពូជ ។២០១០ម៉ូឌុល៦ ជំពូក៥ ទំព័រ២១២។

- ប្រសិនបើប្រភពចម្លងត្រូវបានបញ្ជាក់ថា មានលទ្ធផលតេស្តមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ឈប់ ការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) ។
- ត្រូវផ្តល់វេជ្ជបញ្ជា ២៨ថ្ងៃ បន្ថែមទៀត ។

↓

១០. ការធ្វើតេស្តតាមដាន

- ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍៣ខែ បន្ទាប់ពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ។
- ធ្វើតេស្តរកមេរោគស្វាយនៅខែទី៣ បន្ទាប់ពីមានការរំលោភផ្លូវភេទ ។
- ធ្វើតេស្តរកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទB និងC នៅខែទី៦ បន្ទាប់ពីការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងរោគនេះ ។

ឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធ៤៤: តារាងចំណាត់ថ្នាក់គ្លីនិករបស់ អង្គការសុខភាពពិភពលោក

តារាងទី៤៤-១ ប្រព័ន្ធចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលគ្លីនិក នៃជំងឺអេដស៍សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ស្របតាម *WHO (≥ ១៥ឆ្នាំ)*

ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី១(Clinical stage ១)
• គ្មានរោគសញ្ញា(Asymptomatic) • ហើមប៉ោងកូនកណ្ដុរពេញខ្លួនជាប់ជាប្រចាំ (Persistent generalized lymphadenopathy)
ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី២(Clinical stage 2)
• ស្រកទម្ងន់មិនដឹងមូលហេតុកំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន) • បង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម សារចុះសារឡើង (រលាក sinus, ការរលាកអាមីដាល, រលាកត្រចៀកកណ្ដាល, រលាកបំពង់ក) • ជំងឺរើម (herpeszoster) • Angular cheilitis • Seborrhoeic dermatitis • ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង • Papular pruritic eruptions (PPE) • ដុះផ្សិតនៅក្រចក ។
ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ (Clinical stage 3)
• ស្រកទម្ងន់មិនដឹងមូលហេតុ កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ លើសពី១០% នៃទម្ងន់ខ្លួន • រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ មិនដឹងមូលហេតុ រយៈពេលលើសពី១ខែ • ផ្សិតក្នុងមាត់ ជាប់ជានិច្ច • Oral hairy leukoplakia • ជំងឺរបេងសួត • បង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍: រលាកសាច់សួត, ខ្ទុះក្នុងសួត (empyema), រលាកស្រោមខួរ(meningitis), រលាកនិងដំបៅសាច់ដុំមានខ្ទុះ (pyomyositis), បង្ករោគនៅឆ្អឹង ឬសន្លាក់, bacteraemia, ជំងឺ pelvic inflammatory ធ្ងន់ធ្ងរ) ។ • Acutenecrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis • ស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូលហេតុ (hb <៨g/dl), neutropenia (< ០,៥ x ១០៩/l) និង/ឬ chronic thrombocytopenia (< ៥០ x ១០៩/l) ។
ដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៤ (Clinical stage 4)
• រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង បណ្ដាលមកពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome) • រលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis jiroveci • រលាកសាច់សួតធ្ងន់ធ្ងរ បង្កដោយបាក់តេរីសារចុះសារឡើង

- បង្ករោគដោយ herpes simplex វ៉ាំរ៉ៃ (នៅតាមមាត់, បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬ តំបន់រន្ធគូថ រយៈពេលលើសពី១ខែ ឬ នៅសរីរាង្គណាមួយក្នុងពោះ)
- ផ្សិតនៅបំពង់អាហារ (ឬ ផ្សិត candidiasis នៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួតឬ សួត)
- ជំងឺរបេងក្រៅសួត
- Kaposi sarcoma
- ជំងឺបង្កដោយ Cytomegalovirus (retinitis ឬ បង្ករោគនៅសរីរាងផ្សេងៗ លើកលែងតែ នៅថ្លើម អណ្តើក និងកូនកណ្តុរ)
- Central nervous system toxoplasmosis
- HIV encephalopathy
- Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis
- Disseminated non tuberculous mycobacteria infection
- Progressive multifocal leukoencephalopathy
- Chronic cryptosporidiosis
- Chronic isosporiasis
- Disseminated mycosis (histoplasmosis, coccidiomycosis)
- Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella)
- Lymphoma (cerebral or B cell non-Hodgkin)
- Invasive cervical carcinoma
- Atypical disseminated leishmaniasis
- Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy

ប្រភព: Revised WHO clinical staging and immunological classification of HIV and case definition of HIV for surveillance. 2006.

ឧបសម្ព័ន្ធ៤៥: ការណែនាំ អំពីការពិគ្រោះជំងឺ

គោលការណ៍ណែនាំខាងក្រោម គឺមានភាពស៊ីសង្វាក់គ្នា ជាមួយទម្រង់សម្រាប់បំពេញព័ត៌មាននៅពេលពិនិត្យពិគ្រោះអ្នកជំងឺលើកដំបូង និងនៅពេលតាមដាន ជាបន្តបន្ទាប់ ។

តារាងទី៤៥-១ ការណែនាំ អំពីការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង

យោងតាមទម្រង់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់វាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ និងឯកសារ ។	• ទម្រង់ថ្នាក់ជាតិ នៃការពិនិត្យជំងឺលើកដំបូង • ទម្រង់ថ្នាក់ជាតិ នៃការពិនិត្យអ្នកជំងឺពេញវ័យ • ទម្រង់នៃការវាយតម្លៃលើកដំបូង អំពីការកំណត់ស្វែងរកដៃអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍មកធ្វើតេស្តឈាម (ការផ្តល់ប្រឹក្សា)
ចំណុចដែលត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់ថ្នាក់ជាតិនៃការពិនិត្យជំងឺលើកដំបូង	
ប្រវត្តិន៍ជំងឺរបេង ប៉ះពាល់អ្នកជំងឺរបេង ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេង(IPT)	PHx ជំងឺរបេង *(Drug-sensitive ឬ ស៊ាំជាមួយឱសថ?)* ប៉ះពាល់ករណីជំងឺរបេង នៅពេលថ្មីៗ/បច្ចុប្បន្ន ? ពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង (គ្រុនក្តៅ ក្អក បែកញើសពេលយប់ ស្រកទម្ងន់) បើរោគសញ្ញាណាមួយ វិជ្ជមាន (នៅពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺពេលណាក៏ដោយ) → ពិនិត្យគ្លីនិក ពិនិត្យកំហាករកមេរោគរបេង៣ដង និងថតសួត បើលទ្ធផលទាំងអស់ អវិជ្ជមាន ធ្វើតេស្ត ALT/AST → ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ INH ។
ប្រវត្តិជំងឺផ្សេងទៀត រួមមានៈ ការបង្ករោគរួមគ្នា ជាមួយជំងឺមិនឆ្លង សុខភាពផ្លូវចិត្ត	ពិនិត្យរកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទB និងC និងជំងឺកាមរោគ សម្ពាធឈាមលើស ជំងឺតម្រងនោម ។ល។ ទោះបីជាអ្នកជំងឺមិនទាន់ទទួលការព្យាបាលក៏ដោយ ។ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត (Depression) ឬ ប្រវត្តិន៍ជំងឺសរសៃប្រសាទផ្សេងទៀត ។
ប្រវត្តិន៍នៃការព្យាបាលដោយ ARV	រួមទាំង ឱសថ ARV ណាមួយដែលធ្លាប់បានព្យាបាលពីមុន, ដោយគិតទាំងការព្យាបាល PEP ផងដែរ ។
ប្រវត្តិន៍នៃការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម	ពិនិត្យមើលពីការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ នៅពេលដែលកំពុង/ធ្លាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ។
ឱសថ	ប្រើប្រាស់ឱសថ generic drug names ។ កាត់ត្រាពីពេលវេលា រយៈពេល ផលប៉ះពាល់ និងការលេបថ្នាំឱ្យបានទៀងទាត់ ត្រឹមត្រូវ និងជាប់លាប់ (adherence) កត់ត្រាពីឱសថបុរាណដែលបានប្រើ ពិនិត្យមើលឱសថ – អន្តរកម្មឱសថ
allergies ជាមួយឱសថ	ប្រភេទនៃប្រតិកម្ម (ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គ្រុនក្តៅ ។ល។
សុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ	ពិនិត្យពីប្រវត្តិន៍ជំងឺកាមរោគ និងរោគសញ្ញាកំពុងកើតឡើង សួរអ្នកជំងឺអំពីសុខភាពបន្តពូជ ទាក់ទងនឹងការចង់មានកូន និងមានគម្រោងមានកូន ?

ប្រវត្តិន៍ជំងឺបច្ចុប្បន្ន	បញ្ហាកំពុងកើតឡើង
ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនកំសាន្ត	ផឹកគ្រឿងស្រវឹង (ញឹកញាប់, ប្រភេទ, បរិមាណ) ជក់បារី គ្រឿងញៀនប្រភេទផ្សេង - រៀបរាប់ឈ្មោះឱសថ និងរបៀបប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនទាំងនោះ តើគ្រឿងញៀនចាក់តាមសរសៃរជាប្រភេទអ្វី ?
ការបើកចំហាពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ការបើកចំហាពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ បច្ចុប្បន្ន ? ផែនការក្នុងបើកចំហ ?
ការពិនិត្យជំងឺនៅពេលពិនិត្យពិគ្រោះលើកដំបូង តម្រូវឱ្យធ្វើការពិនិត្យឱ្យបានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ	សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត (Vital signs) ទម្ងន់ កម្ពស់→ គណនា BMI[៦៥] បរិវេណចង្កេះ ។ ការពិនិត្យ រួមមាន ស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត សរសៃរប្រសាទ–កណ្តាល + peripheral, ស្បែក/មាត់ ប្រព័ន្ធសរសៃរឈាមបេះដូង ប្រដាប់ដង្ហើម ពោះ ។
ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO	ស្រង់ប្រវត្តិទាក់ទងនឹងដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃជំងឺអេដស៍ រួមមាន ស្រកទម្ងន់ ការបង្ករោគបច្ចុប្បន្ន ជំងឺ herpes zoster ។ល។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត ទាក់ទងនឹង៖ · ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជាប្រចាំ - · ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ត ផ្អែកតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។
ការគ្រប់គ្រង -ព័ត៌មាន និងការ ផ្តល់ប្រឹក្សា	ផ្តល់ព័ត៌មានអំពី HIV រួមទាំង ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាល ART ។ ផ្តល់យោបល់អំពី អាហារូបត្ថម្ភ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងរបៀបរស់នៅនាំឱ្យមានសុខភាពល្អ ។ បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ ចូលប្រជុំ MMM គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ឬ សេវាគាំទ្រផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវការ[៦៦] ។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល- វេជ្ជសាស្ត្រ	ព្យាបាលជំងឺកំពុងកើតឡើង តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។ បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ប្រសិនជាចាំ បាច់ ។
ឱសថ	ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមដំបូង ស្របតាមកម្មវិធី ។
ការតាមដាន	កម្មវិធីណាត់ជួបកំឡុង១ សប្តាហ៍ ។

[៦៥] BMI = ទំងន់ (គក្រ) / កំពស់ (ម)^{២}

[៦៦] ក្របខ័ណ ប្រតិបត្តិកាសំរាប់ថែទាំបន្តដល់អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ជាមធ្យោបាយសំរាប់ភ្ជាប់ការព្យាបាលទៅនឹងការថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។

តារាងទី៤៥-២ ការណែនាំអំពី ការពិគ្រោះជំងឺលើកទីពីរ និងនៅពេលតាមដានជាបន្តបន្ទាប់

យោងតាមទម្រង់បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់វាយតម្លៃថ្នាក់ជាតិ និងឯកសារ	• ទម្រង់ថ្នាក់ជាតិការពិនិត្យអ្នកជំងឺពេញវ័យ • បច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាននៃទម្រង់សម្រាប់អ្នកជំងឺពេញវ័យ
ចំណុចដែលត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងទម្រង់វាយតម្លៃ និងឯកសារ នៃការពិនិត្យជំងឺ	
ប្រវត្តិន៍ជំងឺ	រោគសញ្ញាថ្មី ? ពិនិត្យបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រកំពុងកើតឡើងសកម្ម
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង រាល់ពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ បើសិន មានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ ចាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ INH នៅសប្តាហ៍ទី ២ ក្រោយពីចាប់ព្យាបាល ដោយ ART ។	ប៉ះពាល់ករណីជំងឺរបេង នៅពេលថ្មីៗ/បច្ចុប្បន្ន? *(Drug-sensitive ឬ ស៊ាំជាមួយឱសថ?)* ពិនិត្យស្រាវជ្រាវជំងឺរបេង (គ្រុនក្តៅ ក្អក បែកញើសពេលយប់ ស្រកទម្ងន់) បើ រោគសញ្ញាណាមួយ វិជ្ជមាន → ពិនិត្យគ្លីនិក ពិនិត្យកំហាករកមេរោគរបេង៣ដង ដោយតេស្ត AFB និងថតសួត បើលទ្ធផលទាំងអស់ អវិជ្ជមាននិង ALT/AST < ៣ដង x ULN → លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រាប់គ្រាន់ក្នុងការព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយ INH ។
ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម	លេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ផលប៉ះពាល់
ឱសថ ARV	ត្រៀមខ្លួនរួចរាល់ក្នុងការចាប់ផ្តើម ? បើចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ ARV ត្រូវពិនិត្យមើលពីការលេបឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ។
សុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ	ពិនិត្យមើលពីស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះ និងផែនការនៃការមានគិភ ? ស្រោមអនាម័យ + ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត រោគសញ្ញាជំងឺកាមរោគ ។
សុខភាពផ្លូវចិត្ត	រោគសញ្ញាថ្មី? ពិនិត្យពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តកំពុងកើតឡើង ។
ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនកំសាន្ត	គាំទ្រការឈប់ជក់បារី និង កាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ។
ការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍	ពិនិត្យឡើងវិញ គាំទ្រការបើកចំហពីស្ថានភាពមេរោគអេដស៍
ការពិនិត្យ	សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត (Vital signs) គណនា BMI វាស់បរិវេណចង្កេះ សង្កេតការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត + សភាពរាង្គកាយ ពិនិត្យដោយផ្តោតលើរោគសញ្ញាកំពុងកើតឡើង សង្កេតពេលពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ រកឃើញរោគសញ្ញាថ្មី និង ពិនិត្យលទ្ធផល តេស្ត ។
ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវឱសថ	តាមដានលទ្ធផលតេស្ត ជាប្រចាំ និងរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលចង្អុលបង្ហាញពីការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ។ ពិនិត្យបន្ថែមទៀត ពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ស្របតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។
	បច្ចុប្បន្នភាពតារាងបញ្ជីឱសថ

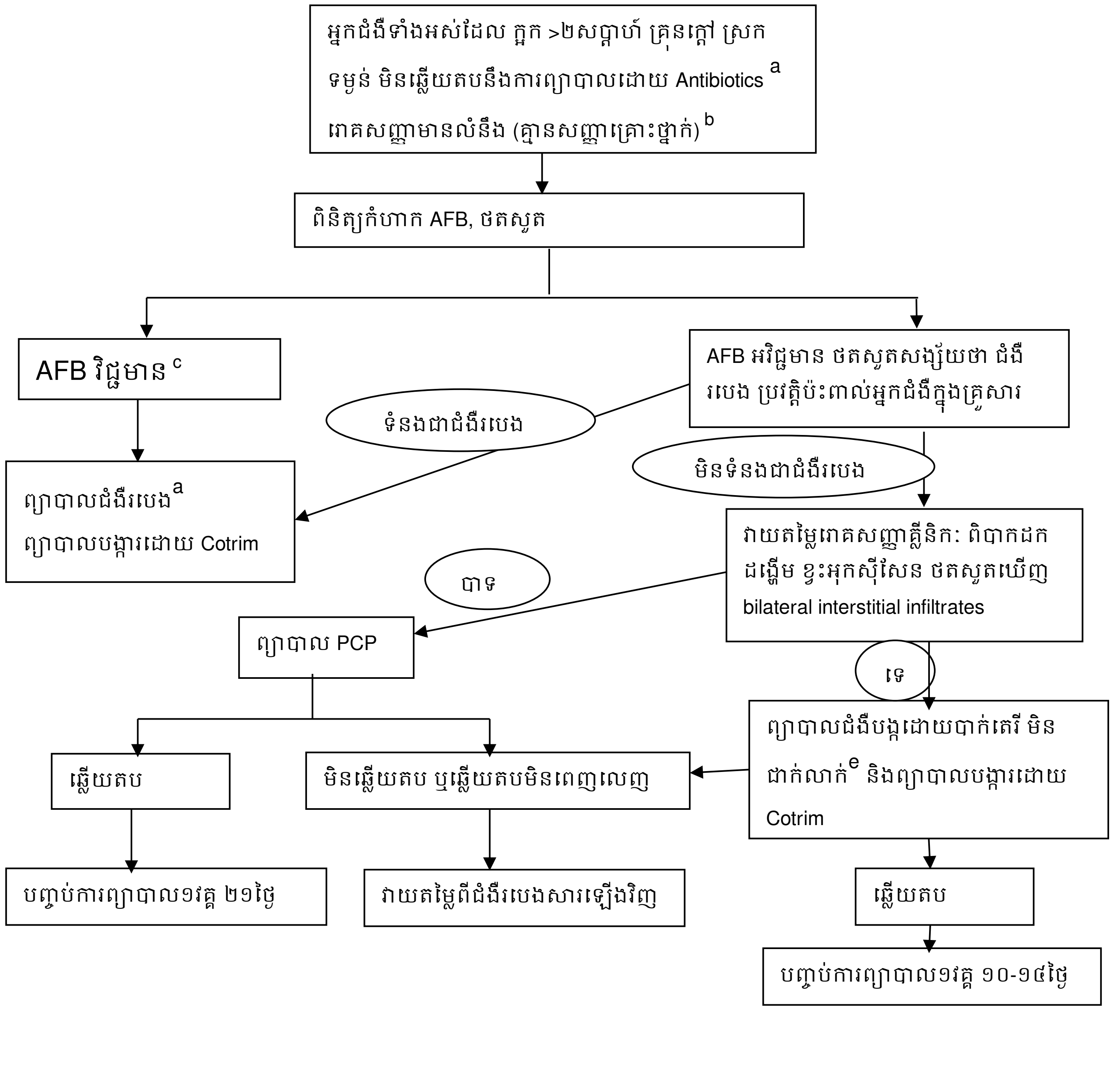
	ពិនិត្យឡើងវិញអំពី ផលប៉ះពាល់ និង ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ ពិនិត្យឱសថ –កម្រិតដូសឱសថ និងអន្តរកម្មឱសថ ។
allergies ជាមួយឱសថ	ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
ដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO	វាយតម្លៃដំណាក់កាលគ្លីនិកនៃ WHO → កែតម្រូវដំណាក់កាលគ្លីនិក/កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនជា ចាំបាច់ ។
ការគ្រប់គ្រង -ព័ត៌មាន និង ការផ្តល់ប្រឹក្សា	ពង្រឹងព័ត៌មាន អំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាល ART ។ ផ្តល់យោបល់អំពី អាហារូបត្ថម្ភ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងរបៀបរស់នៅនាំឱ្យមានសុខភាពល្អ ។ បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ការលេបថ្នាំឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ។ ចូលប្រជុំ MMM គាំទ្រផ្លូវចិត្ត ឬ សេវាគាំទ្រផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវការ ។
ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល-វេជ្ជសាស្ត្រ	ព្យាបាលជំងឺកំពុងកើតឡើង តាមរោគសញ្ញាគ្លីនិក ។ ចាប់ផ្តើម/បញ្ឈប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ស្របតាមកម្មវិធី ។ ចាប់ផ្តើម/ផែនការ/បន្តការព្យាបាលដោយ ART ។ បញ្ជូលអ្នកជំងឺទៅទទួលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ប្រសិនជាចាំបាច់ ។
ការតាមដាន (Follow up)	បើការពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកទី២– តាមដាន ១ សប្តាហ៍សម្រាប់ការព្យាបាលដោយ ART ។ បើចាប់ផ្តើម ART នៅពេលមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺលើកនេះ– ត្រូវតាមដានក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ ។ បើស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺមានលំនឹង–តាមដានពី១ –៣ ខែ (អាស្រ័យតាមករណី អ្នកជំងឺព្យាបាលបង្ការដោយ INH) ។

ឧបសម្ព័ន្ធ៤៦ ជំងឺរបេង: រូបភាពនៃជំងឺរបេង/អេដស៍

រូបភាពខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានចម្លងពី គោលការណ៍ណែនាំជាតិ នៃជំងឺរបេង/អេដស៍[៦៧]

រូបភាពទី៤៦-១ គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺរបេង ក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី១៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍



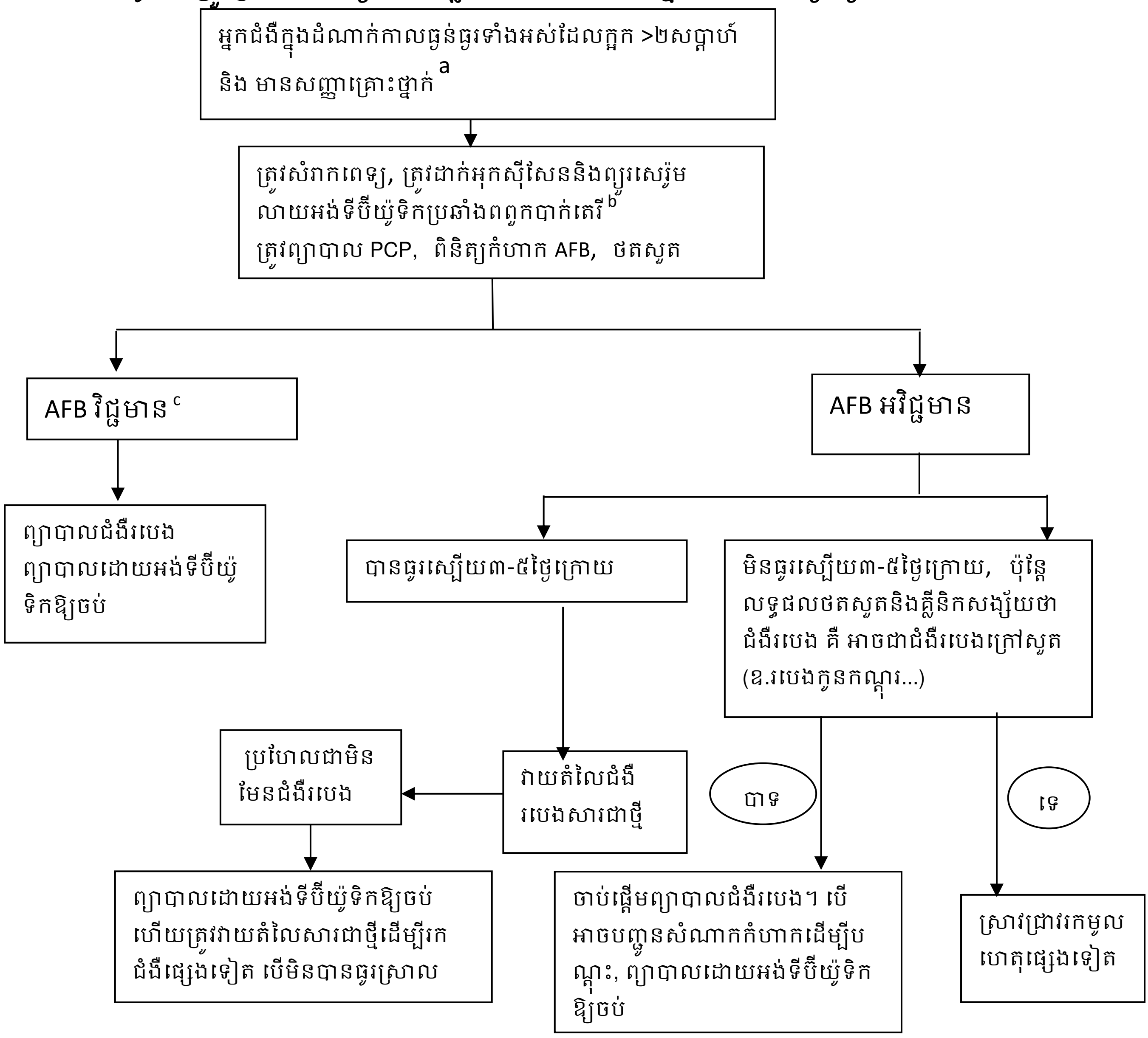
[៦៧] ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ក្រសួងសុខាភិបាល ។ គោលការណ៍ណែនាំ គ្លីនិក ជាតិសំរាប់គ្រប់គ្រង ការឆ្លងរួមគ្នាជំងឺរបេង / មេរោគអេដស៍។ ភាសាអង់គ្លេស ឆ្នាំ ២០០៨, ខ្មែរ ឆ្នាំ ២០១៣។រកបាន http://www.cenat.gov.kh/km/documents/guidelines-and-sops

សំគាល់៖

a. ប្រើឱសថ Amoxciline, Amoxiciline + Clavulanic Acid, ឬ Cefuroxime ។
b. សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ រួមមាន លេចចេញរោគសញ្ញាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ៖ ចង្វាក់ដង្ហើម > ៣០ដង/នាទី, គ្រុនក្តៅ > ៣៩អង្សាសេ, សង្វាក់ជីពចរ > ១២០ដង/នាទី, មិនអាចដើរបានដោយខ្លួនឯង ។
c. AFB វិជ្ជមាន កំណត់ដោយ យ៉ាងតិចមានតេស្តមួយ វិជ្ជមាន រីឯ AFB អវិជ្ជមាន កំណត់ដោយតេស្ត ពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ២ ឬ ៣ឡើងទៅ។
d. បើអ្នកជំងឺធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ឬកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដល់ខែទី៥ ត្រូវសង្ស័យពីភាពស៊ាំ និងត្រូវបណ្តុះមេរោគ (MTB) ។
e. ត្រូវពិចារណាប្រើ Erythromycine ឬ Doxycycline ព្យាបាល atypical bacteria ។ ចៀសវាងប្រើ Fluoroquinolones ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំជាមួយថ្នាំរបេង ។

រូបភាពទី៤៦-២ គំនូសបំព្រួញទី២៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ

គំនូសបំព្រួញទី២៖ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺរបេង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងរ



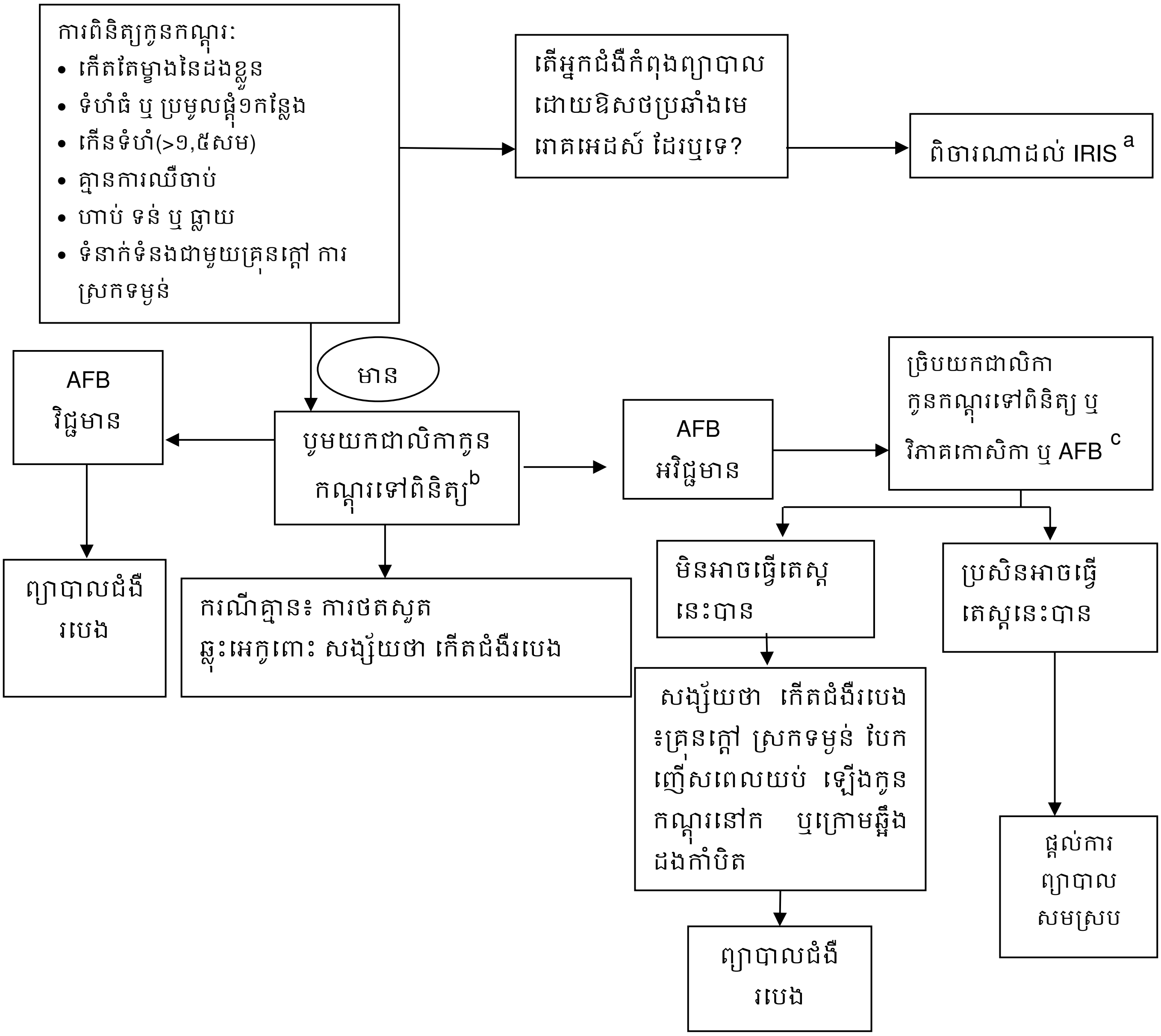
សំគាល់៖

a. សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន លេចចេញរោគសញ្ញាណាមួយក្នុងចំណោមរោគសញ្ញាទាំងនេះ៖ ចង្វាក់ដង្ហើម>៣០ដង/នាទី, គ្រុនក្តៅ> ៣៩ អង្សាសេ, សង្វាក់ជីពចរ> ១២០ដង/នាទី, មិនអាចដើរបានដោយខ្លួនឯង។

b. ប្រើឱសថ Amoxicilin, Amoxiciline + Clavulanic Acid, ឬ Cefuroxime + Erythromycine ឬ Doxycicline ដើម្បីព្យាបាល ទាំងពពួកបាក់តេរី typical និង atypical ។ ដើម្បីបង្ការភាពស៊ាំជាមួយឱសថប្រឆាំងមេរោគរបេង មិនត្រូវ *ប្រើ Fluoroquinolones ទេ ។*

c. AFB វិជ្ជមានត្រូវកំណត់ដោយ យ៉ាងតិចមានតេស្តពិនិត្យមួយ វិជ្ជមាន ចំណែកឯ AFB អវិជ្ជមាន ត្រូវកំណត់ដោយ តេស្តពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន ២ ឬ ៣ឡើងទៅ ។

រូបភាពទី៤៦-៣ គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍
គំនូសបំព្រួញទី៣៖ ការគ្រប់គ្រងគ្លីនិកនៃការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរលើអ្នកជំងឺអេដស៍



សំគាល់៖

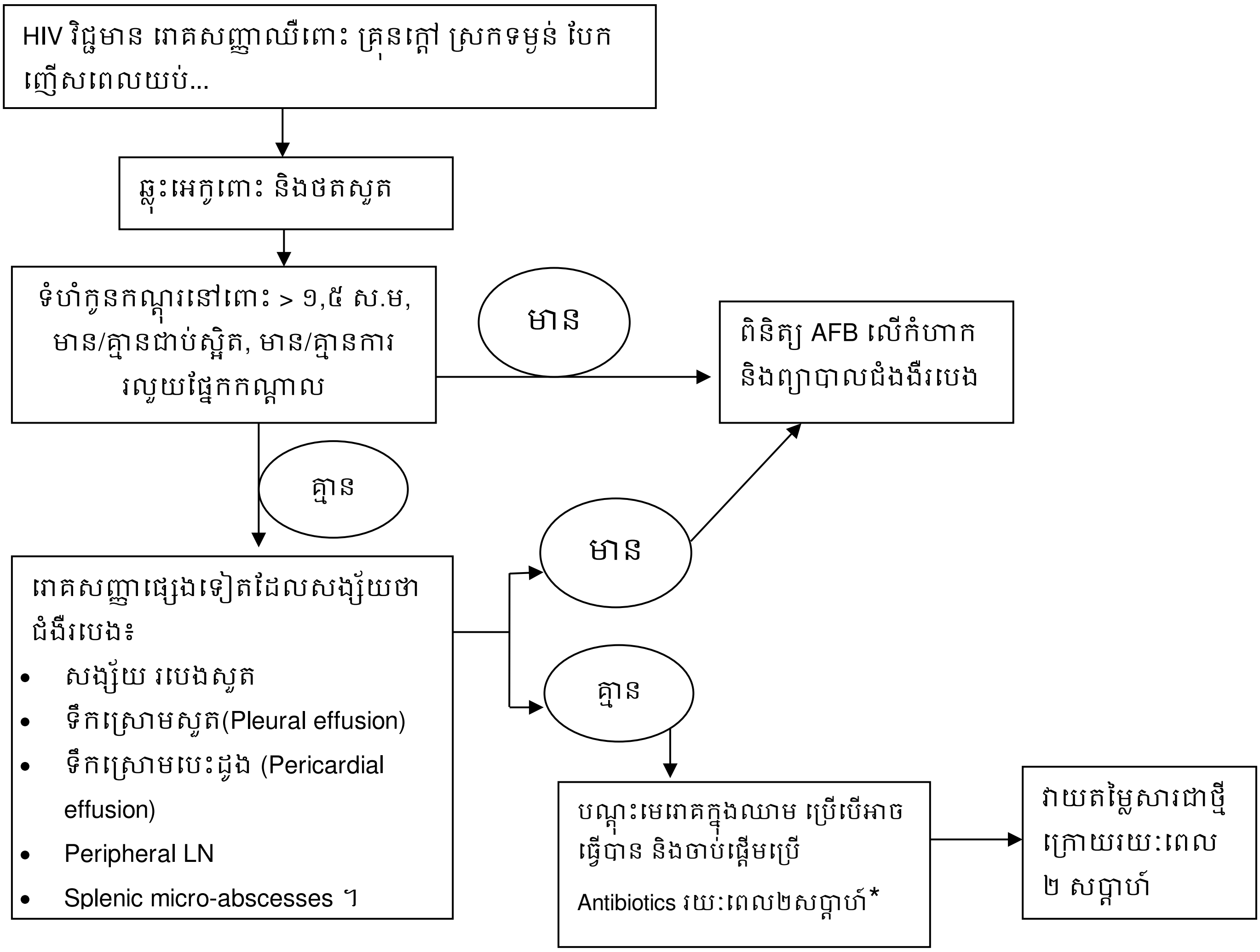
a.អ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយART អាចឡើងកូនកណ្តុរក្នុងករណីមានការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ(IRIS) ជាពិសេស កើតឡើងជំងឺរបេង និងជំងឺ MAC ហើយក៏អាចលេចឡើងជំងឺ Penicilliosis, ជំងឺ Cryptococcosis និង ជំងឺមហារីក ។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម បើមិនទាន់ព្យាបាល ។ ត្រូវបន្តព្យាបាលដោយ ART ការប្រើ Steroids (Prednisone ១mg/kg/ថ្ងៃ) អាចជួយសម្រាល ក្នុងករណី IRIS ធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចប្រើកម្រិតដូសពេញលេញ ១-២សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក taper លើសពី ១-២ សប្តាហ៍ ។

b. បូមទឹកកូនកណ្តុរដោយប្រើម្ជុលធំ(ម្ជុលលេខ១៨ G) និងបញ្ជូលសំណាកទៅពិនិត្យ AFB, ពិនិត្យ Gram Stains និងKOH។

c. បើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យAFB ទឹកបូមពីកូនកណ្តុរ អវិជ្ជមាន ត្រូវច្រិបយកកូនកណ្តុរ (បើអាចធ្វើបាន) ទៅវិភាគជាលិកា (histology) វិភាគកោសិកា(cytology) និង ពិនិត្យ AFB លើកំហាក ។

រូបភាពទី៤៦-៤ គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅពោះ

គំនូសបំព្រួញទី៤៖ ការគ្រប់គ្រងការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅពោះ



សំគាល់៖

* ជម្រើសនៃព្យាបាលដោយ Antibiotics សំដៅទៅការព្យាបាលប្រឆាំងពពួកបាក់តេរីដែលអាចជាមូលហេតុនៃ ការឡើងកូនកណ្តុរនៅពោះ ដូចជា Salmonella, Campylobacter, E.Coli ។ល។ ចៀសវាងប្រើ Antibiotics ប្រឆាំងជំងឺរបេង ។

រូបភាពទី៤៦-៥ គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួត ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី៥៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមសួតចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍

ថតសួត៖ ទឹកក្នុងស្រោមសួត (pleural effusion)

→ ពិនិត្យ AFB លើកំហាក បើមានក្អក (សូមមើលគំនូសបំព្រួញពីមុន)

- ទឹកក្នុងស្រោមសួតតែម្ខាង
- ទឹកស្រោមសួតមានលក្ខណៈ៖
  - ថ្លា ពណ៌ straw និង
  - កំណកឈាមក្នុងបំពង់ទីប ដែលបូម ករណីមិនប្រើ anticoagulants
- ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ គ្រុនក្តៅ
- ហេតុផល ប្រវត្តិជំងឺរបេង។

→ ចាប់ផ្តើមព្យាបាល របេង

- ទឹកស្រោមសួតសងខាង (អាចខ្សោយបេះដូង ឬ ជំងឺរលាកសួត (pneumonia)
- មហារីក
- ទឹកស្រោមសួត មានលក្ខណៈ៖
  - ដូចពពក/ខ្ទុះ(empyema)→ Chest tube, បង្ហូរខ្ទុះដោយលាយ antibiotics។
  - បរាជ័យមិនបង្កជាកំណកឈាម (មិនអាចដាត់ចេញពីជំងឺរបេងទេ ត្រូវបញ្ជូនទឹកស្រោមសួតទៅពិនិត្យប្រូតេអ៊ីន និងរាប់ចំនួនកោសិកាផ្សេងៗ និងពិចារណាអំពី ជំងឺខ្សោយបេះដូង

→

- បញ្ជូនទឹកបូមពីស្រោមសួតទៅពិនិត្យរាប់ចំនួនកោសិកាផ្សេងៗ ប្រូតេអ៊ីន តេស្តAFB ប្រសិនជាអាចធ្វើបាន តេស្តcytology: ≥ ៥0% lymphocytes និង protein > ៣0ក្រ/ល នាំឱ្យគិតដល់ ជំងឺរបេង
- ព្យាបាលជំងឺរបេងដោយមិនគិតពីកំណកឈាមពេលបូមទឹកស្រោមសួត ឬ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេងក្នុងកំឡុងពេល៧ថ្ងៃ ។

រូបភាពទី៤៦-៦ គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងលើអ្នកជំងឺអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី៦៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលទឹកក្នុងស្រោមបេះដូងចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍

- ស្រកទម្ងន់ បែកញើសពេលយប់ គ្រុនក្តៅ
- ឈឺចាប់ក្រោយឆ្អឹងសន្ទះទ្រូង ដកដង្ហើមខ្លី លឺស្វរកកិតគ្នា (friction rub)។

↓

ថតសួត
ធ្វើ ECG និង Echocardiogram បើអាចធ្វើបាន

→ ពិនិត្យ AFB លើកំហាក បើមានក្អក

↓

- ថតសួត៖ បេះដូងមាន globular ធំ, សួតថ្លា ឬ ទឹកក្នុងស្រោមសួត
-ធ្វើ ECG៖ បេះដូងដើរលឿន ប្រែប្រួលរលក ST និងT, low voltage QRS ។
-Echocardiogram៖ ទឹកក្នុងស្រោមបេះដូង

↓

- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង និង steroid[a]
- បញ្ជូលទៅសង្គ្រោះបន្ទាន់ pericardiocenthesis ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបាត់ដង្ហើម/មិនស្រួលក្នុងខ្លួន ជាមួយរោគសញ្ញា hemodynamic ។

↓

- Streaky shadowing of lung fields និង/ឬ heart shape not symmetrical (ប្រហែលជាខ្សោយបេះដូង)
- សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់
- ECG បង្ហាញពី មូលហេតុផ្សេងនៃបេះដូងរីកធំ (ឧ. សម្ពាធឈាមឡើងខ្ពស់ ជំងឺវ៉ាល់បេះដូង ជំងឺ dilated cardiomyopathy)
- Murmur (អាចបណ្តាលមកពីជំងឺវ៉ាល់បេះដូង)
- Rigors (អាចបណ្តាលមកពី រលាកបេះដូង បង្កដោយបាក់តេរី

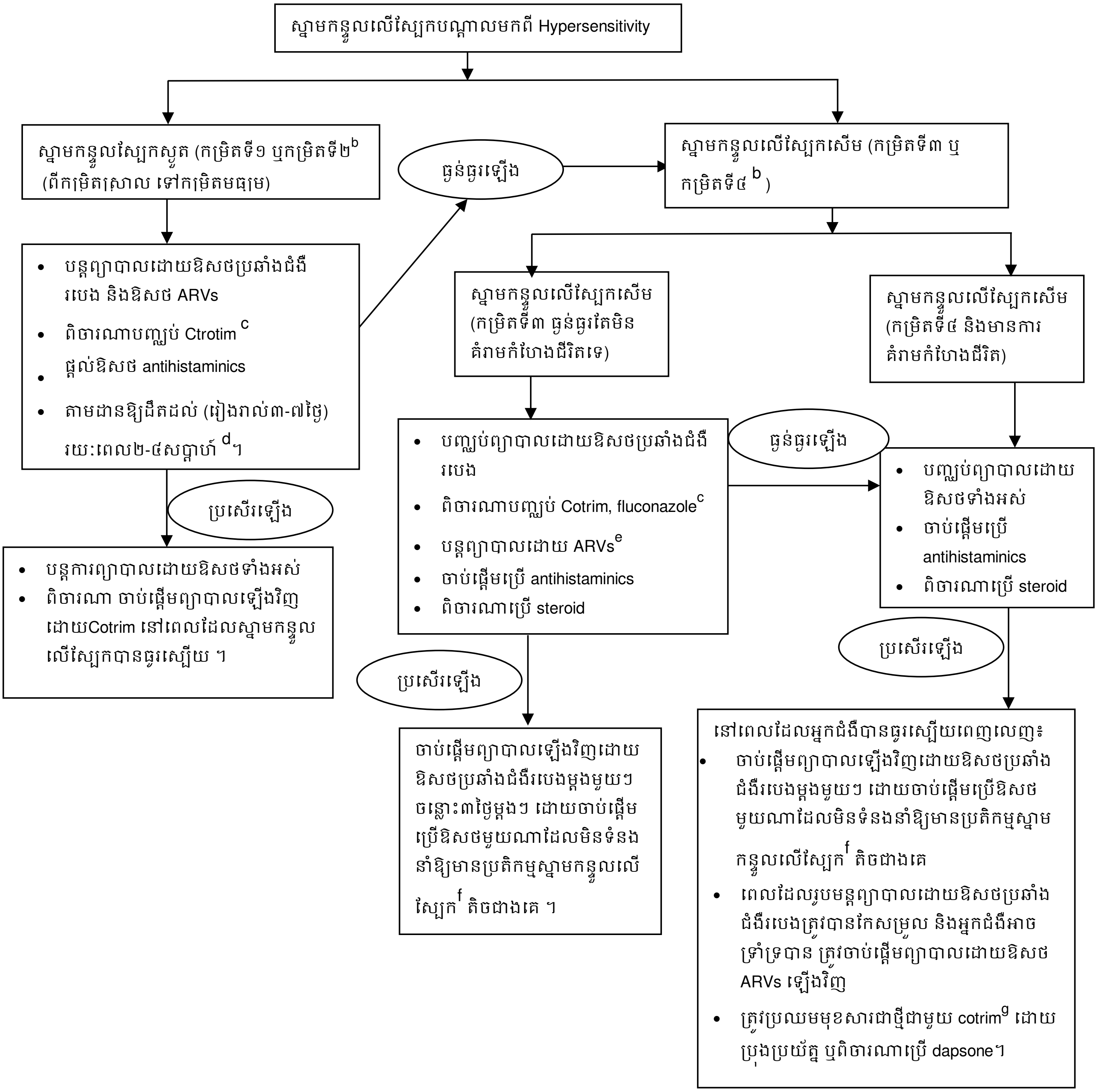
↓

- ពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមូលហេតុផ្សេង
- ព្យាបាលជំងឺរបេង បើមានការបញ្ជាក់ពីការពិនិត្យអេកូ ថាមានការជ្រាបទឹក(effusion) និងមិនមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺផ្សេង ក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃ ។

[a]- ប្រើ Prednisolone ៦០mg រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ១-៤ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក ៣០ មក្រ រាល់ថ្ងៃរយៈពេល ៥-៨ សប្តាហ៍ បន្ទាប់មក បន្ថយមក ១០mg រាល់សប្តាហ៍ រយៈពេលជាច្រើនសប្តាហ៍ ។

រូបភាពទី៤៦-៧ គំនូសបំព្រួញទី៧៖ គ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង

គំនូសបំព្រួញទី៧៖ គ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែក លើអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង[a]



កំណត់ពន្យល់

a. អ្នកជំងឺបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល៦អាទិត្យ ឬលើសពី៦អាទិត្យ មុនពេលចាប់ផ្តើម ព្យាបាលរបេង

b. ការកំណត់ "កំរិត" ចំពោះកន្ទួលសើស្បែក (ref):

១. កំរិត១ (ស្រាល): ក្រហម រមាស់ (erythema, prutitus)

២. កំរិត២ (មធ្យម):កន្ទួល maculopapular រាលដាល (diffuse maculopapular rash)ឬស្ងួតបែកស្រកា (dry desquamation) កន្ទួលមានទំហំ <50% នៃផ្ទៃដងខ្លួន ។

៣. កំរិត៣ (ធ្ងន់ធ្ងរ) vesiculation បែកស្រកាសើម (moist desquamation) ឬដំបៅ >50% នៃផ្ទៃដងខ្លួន ។

៤. កំរិត៤ (គំរាមកំហែងអាយុជីវិត): មានសញ្ញាណាមួយនៃសញ្ញាទាំងនេះ: ចេញកន្ទួលរាលដាលដោយមានបែកស្រកា (extensive rash with desquamation| angioedema, serum sickness-like reaction, rash with systemic symptoms such as fever, blistering, ឈឺភ្នែក(conjunctivitis), រងំបៅមាត់ (oral lesions) (មានការប៉ះពាល់ដល់ស្រទាប់មុកឺ), exfoliative dermatitis, Stevens- Johnson syndrome, toxic epidermal necrosis (TEN) (WHO)

c. ពិចារណាការបញ្ឈប់កូទ្រីម ឬ fluconazole បើសិនជា កន្ទួលទើបចាប់ផ្តើមថ្មីៗ (មានន័យថា ក្នុងរយៈពេល៦អាទិត្យ ចុងក្រោយ) ។

d. ការពិនិត្យតាមដានឱ្យបានជិតដល់ត្រូវការចាំបាច់ ដើម្បីតាមដានការវិវត្តនរបស់កន្ទួល ។ ត្រូវប្រាប់អ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកវិញ ឱ្យបានឆាប់រហ័ស នៅពេលណា ស្ថានភាពកន្ទួលរបស់គាត់កាន់តែមានសភាពធ្ងន់ទៅ ឬអាក្រក់ទៅៗ ។

e. ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ អាចបន្តបើសិនជាបាន ប្រើប្រាស់លើសពី៦អាទិត្យហើយ ។

f. ការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថ្នាំរបេងឡើងវិញ បន្ទាប់ពីមានប្រតិកម្ម allergy ដោយសារថ្នាំ ត្រូវធ្វើឡើងដូចខាងក្រោមនេះ(ref):

ឱសថ	លទ្ធភាពនៃការបង្ករឱ្យមានប្រតិកម្ម	កំរិតដូសដែលត្រូវឱ្យ (Challenge doses)		
		ថ្ងៃទី១	ថ្ងៃទី២	ថ្ងៃទី៣
Isoniazide	តិច (Least likely)	50 mg	300 mg	300 mg
Rifampicin	↓	75 mg	300 mg	Full dose
Pyrazinamide	↓	250 mg	1000 mg	Full dose
Ethambutol	↓	100 mg	500 mg	Full dose
Streptomycine	ខ្លាំង (Most likely)	125 mg	500 mg	Full dose

g. មិនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យកូទ្រីមវិញទេ បើមានការសង្ស័យថាវាអាចបង្ករឱ្យមានប្រតិកម្ម allergy .

រូបភាពទី៤៦-៨ គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz

គំនូសបំព្រួញទី៨៖ ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកចំពោះអ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ Efavirenz [a]

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពី Hypersensitivity

ស្នាមកន្ទួលស្បែកស្ងួត(កម្រិតទី១ ឬកម្រិតទី២[b] (ពីកម្រិតស្រាល ទៅកម្រិតមធ្យម)

- បន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថ ARV
- ពិចារណាបញ្ឈប់ Ctrotim [c]
- ផ្តល់ឱសថ antihistaminics
- តាមដានឱ្យជិតដល់ (រៀងរាល់៣-៧ថ្ងៃ) រយៈពេល២-៤សប្តាហ៍ [d]។

ធ្ងន់ធ្ងរឡើង

ស្នាមកន្ទួលលើស្បុក បានប្រសើរឡើង

- បន្តការព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់
- ពិចារណាចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញដោយCotrim នៅពេលដែលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្បើយ។

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៣ ឬកម្រិតទី៤ [b])

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៣ ធ្ងន់ធ្ងរតែមិនគំរាមកំហែងជីវិតទេ)

- បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
- ពិចារណាបញ្ឈប់ Cotrim, fluconazole[c]
- បន្តព្យាបាលដោយ ARVs[e]
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ antihistaminics
- ពិចារណាផ្តល់ steroid

ធ្ងន់ធ្ងរឡើង

ប្រសើរឡើង

នៅពេលដែលស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបានធូរស្បើយពេញលេញ៖ ចាប់ព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថ ARVs (រូបមន្តព្យាបាលថ្មី)[g]

ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកសើម (កម្រិតទី៤ និងមានការគំរាមកំហែងជីវិត)

- បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់
- ចាប់ផ្តើមផ្តល់ antihistaminics
- ពិចារណាផ្តល់ steroid

ប្រសើរឡើង

នៅពេលដែលអ្នកជំងឺបានធូរស្បើយពេញ លេញ៖

- ចាប់ព្យាបាលឡើងវិញដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងម្តងមួយៗ ចន្លោះ៣ថ្ងៃម្តងៗ ដោយចាប់ផ្តើមប្រើឱសថមួយណាដែលមិនទំនងនាំឱ្យមានប្រតិកម្មស្នាមកន្ទួលលើស្បែក[f] តិចជាងគេ។
- បន្ទាប់មក ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ARVs ឡើងវិញ (រូបមន្តព្យាបាលថ្មី) [g] ។
- ត្រូវប្រឈមមុខសារជាថ្មីជាមួយ cotrim[h] ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ឬពិចារណា dapsone។

កំណត់ពន្យល់

a. អ្នកជំងឺព្យាបាលរបេង បាន៦អាទិត្យ ឬច្រើនជាង៦អាទិត្យ មុនពេលចាប់ផ្តើម ARVs. បើសិន ART ត្រូវបានចាប់ផ្តើមមុនពេល កំណត់នេះ(this time frame) ហើយមានលេចកន្ទួលបង្ករដោយថ្នាំណាមួយ ពេលនោះយោបល់អ្នកជំនាញត្រូវគិតពិចារណា។

b. ការកំណត់ "កំរិត" ចំពោះកន្ទួលសើស្បែក(សូមមើលកំណត់ពន្យល់ algorithm ខាងដើម)

c. ពិចារណាការបញ្ឈប់កូទ្រីម ឬ fluconazole បើសិនជា កន្ទួលទើបចាបផ្តើមថ្មីៗ (មានន័យថា ក្នុងរយៈពេល៦អាទិត្យ ចុងក្រោយ)

d. ការពិនិត្យតាមដានឱ្យបានជិតដល់ត្រូវការចាំបាច់ ដើម្បីតាមដានការវិវត្តនរបស់កន្ទួល។ ត្រូវប្រាប់អ្នកជំងឺឱ្យត្រឡប់មកវិញ ឱ្យបានឆាប់រហ័សនៅពេលណាស្ថានភាពកន្ទួលរបស់គាត់កាន់តែមានសភាពធ្ងន់ទៅ ឬអាក្រក់ទៅៗ។

e. ឱសថរបេងអាចបន្ត បើសិនជាបានប្រើប្រាស់លើសពី៦អាទិត្យហើយ។

f. ការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ឱសថរបេងឡើងវិញ បន្ទាប់ពិកើតមានប្រតិកម្ម allergy ដោយសារថ្នាំៈ សូមពិនិត្យមើល កំណត់ពន្យល់ algorithmខាងដើម។ រូបមន្តព្យាបាលត្រូវធ្វើការកែតំរូវ ដើម្បីចៀសវាង អន្តរ ប្រតិកម្ម ឱសថជាមួយ ARV។ សូមមើលខាងក្រោម។

g. ឧបមាថា អ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ ជួរទី១ដែលមាន 2 NRTIs និង 1NNRTI ឱសថ ARV ដែលទំនងបង្កឱ្យមាន កន្ទួលជាងគេគឺ nevirapine ឬ efavirenz។ ឱសថ 2 NRTIs គួរតែចាប់ផ្តើមឡើវិញ ហើយឱថសថ្មីៗទី៣ត្រូវការជ្រើសរើស។ មានជំរើសជាច្រើនដូចខាងក្រោមនេះ:

- រូបមន្តដែលមាន Protease inhibitor (PI): PI + 2NRTIs ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ចូរកត់សំគាល់ថា រីហ្វាំពីស៊ីន នឹងកាត់បន្ថយកំហាប់ PI នៅក្នុងឈាមឱ្យស្ថិតនៅក្រោមកំរិតដែលមានប្រសិទ្ធិភាពព្យាបាល (therapeutic level)។ ការបន្ថែម ritonavir គឺជាតំរូវការដើម្បីឆ្លើយតបនឹងឥទ្ធិពលនេះ។ ឧទា. ចំពោះ lopinavir/ritonavir (Kaletra, Aluvia) កំរិតដូសដែលត្រូវធ្វើការកែតំរូវ ក្នុងករណីនេះ គឺ lopinavir 400mg/ritonavir 400mg ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ខណៈពេលដែលមានការប្រើប្រាស់ជាមួយនឹង រីហ្វាំពីស៊ីន ក្នុងពេលជាមួយគ្នា។ ជំរើសនេះបានផ្តល់នូវកំលាំងអតិបរមាចំពោះការព្យាបាលជំងឺរបេង-អេដស៍ ប៉ុន្តែអាចទទួលផលប៉ះពាល់ដោយការពុលថ្លើម បន្ថែមផលរំខាន និងតំលៃខ្ពស់ជាង។ Ritonavirប្រហែលជាមិនមានផង (Ritonavir by itself may not be available)។ផ្ទុយមកវិញ គេបានពិចារណា ការប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលរបេង ដោយគ្មាន រីហ្វាំពីស៊ីន បន្ទាប់ពីវគ្គសំរុក គឺ អ៊ីសូនីញ៉ាស៊ីត និង អេតំបុយតុល ។ ពុំមានការកែតំរូវកំរិតដូសចំពោះ PI ទេ។ រូបមន្តព្យាបាលរបេងប្រភេទនេះ មិនសក្តិសម ចំពោះជំងឺរបេងធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា របេងមីលីយ៉ែរ ឬ disseminated TB ឬរបេងស្រោមខួរក្បាល។

- រូបមន្ត Triple NRTI : ជំរើសដែលងាយបំផុតគឺប្រើប្រាស់ 3 NRTIs ដែលមាន AZT + 3TC + ABC ឬ TDF។ រូបមន្តប្រភេទនេះ (so-called triple-nuke regimens)មិនសូវធ្វើឱ្យពុលថ្លើមទេ និងមិនមានអន្តរ ប្រតិកម្មជាមួយនឹង រីហ្វាំពីស៊ីនផង ប៉ុន្តែវាមិនសូវមាន កំលាំងខ្លាំងប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ទេ ដូច្នេះវាមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹង ការព្យាបាលបរាជ័យ និងភាពស៊ាំ។ មានអ្នកជំងឺ ៣-៥%ដែល abacavir អាច បង្ករឱ្យមាន hypersensitivity syndrome ដោយមានលេចចេញជាកន្ទួល និង systemic signs និង រោគសញ្ញាផ្សេងៗ ដែលអាចធ្វើឱ្យមានការភាន់ច្រឡំក្នុងករណីនេះ។

- Nevirapine អាចត្រូវបានប្រើជំនួស efavirenz នៅក្នុងករណីមានលេចប្រតិកម្មស្បែកកំរិត ស្រាល ទៅមធ្យម (កំរិត១ និងកំរិត២) ហើយ efavirenz ក៏អាចត្រូវបានប្រើជំនួស nevirapine ផងដែរ។ ចូរកត់សំគាល់ថា ការផ្លាស់ប្តូរពី EFV ទៅ NVPនេះ គឺអាចឱ្យមានឱកាសលេចចេញ កន្ទួលស្បែក៥0% (តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការពិតវាមានតែ ២0% ប៉ុណ្ណោះ)។ ការជំនួសថ្នាំទៅវិញទៅមកនៅក្នុងក្រុមជាមួយគ្នាចំពោះ កន្ទួល ដែលធ្ងន់ធ្ងរ និងគំរាមកំហែងអាយុជីវិត គឺជាទូទៅ មិនបានផ្តល់អនុសាស្ត្រឱ្យធ្វើទេ ដោយខ្លាចក្រែងមានភាពពុលនៅក្នុងក្រុម (class-specific toxicity (WHO))

h. មិនត្រូវចាប់ផ្តើមឱ្យកូទ្រីមឡើងវិញទេ បើមានការសង្ស័យថាវាបង្ករឱ្យមានប្រតិកម្ម allergy។ ចំពោះកន្ទួលស្រាល អាចពិចារណា ពីការចាប់ផ្តើមកូទ្រីមឡើងវិញដោយធ្វើ desensitization ដូចតទៅនេះ:

- Cotrimoxazole suspension of 40ម.ក្រ TMP + 200ម.ក្រ SMX per 5 ម.ល: ត្រូវឱ្យ ១ មល ជារៀងរាល់ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល៣ថ្ងៃ ២ មល សំរាប់រយៈពេល៣ថ្ងៃ និងធ្វើរបៀបដូចនេះរហូតដល់ កំរិតដូសបានដល់ 1 SS សំរាប់រយៈ ពេល៣ថ្ងៃ ហើយកើនឡើងដល់ 1 DS នៅថ្ងៃបន្ទាប់ ។

- បើសិន កូទ្រីមទឹក (suspension)មិនមានទេនោះ ចូរប្រើប្រាស់ 80/400ម.ក្រ (480ម.ក្រ, SS)ក្នុងមួយគ្រាប់។ ត្រូវឱ្យ 1/8គ្រាប់, ¼ គ្រាប, ½ គ្រាប់, ¾ គ្រាប់ បន្ទាប់មក១គ្រាប់ ក្នុង១ថ្ងៃ every 3 days។ បើសិនជាអនុគ្រោះ ឬគ្មាន បញ្ហា ត្រូវបង្កើនដូសដល់ 1 DS នៅថ្ងៃបន្ទាប់។

រូបភាពទី៤៦-៩ គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

គំនូសបំព្រួញទី៩៖ ការគ្រប់គ្រងឱសថដែលជំរុញឱ្យរលាកថ្លើមលើអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍

ពិនិត្យតេស្តមុខងារថ្លើម(LFTs) ធ្វើករវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B,C (បើអាចធ្វើបាន) [1]

ALT > ៥ ULN

- គ្មានរោគសញ្ញា
  - តាមដានឱ្យជិតដល់ [3]
  - ឈប់ផឹកស្រា
  - ឈប់ប្រើឱសថពុលថ្លើម[4]
  - ប្តូរ NVP ទៅប្រើ EFV វិញ។
  - បើបានប្រសើរឡើង ហើយ LFTs មានតម្លៃធម្មតាវិញ។
    - បន្តការព្យាបាលទាំងឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង និងឱសថបេឆាំជំងឺអេដស៍។
  - បើមិនប្រសើរឡើងទេ ហើយ LFTs នៅតែមានតម្លៃខ្ពស់ និងមានរោគ
    - បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេង
    - ក្រោយពី LFTs មានតម្លៃធម្មតាវិញ ត្រូវផ្តើម EMB សារឡើងវិញ បន្ទាប់មក RIF, INH, និង PZA ចន្លោះគ្នា១សប្តាហ៍ម្តងៗ
    - ធ្វើតេស្ត LFTs រៀងរាល់សប្តាហ៍។ បើកើនឡើង ត្រូវឈប់ប្រើឱសថដែលទើបតែ ចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញថ្មីៗ [5] ។
- មាននរោគសញ្ញា[2] → បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់។

ALT > ១០ ULN

- បញ្ឈប់ព្យាបាលដោយឱសថទាំងអស់។
  - ធ្វើតេស្ត LFTs រៀងរាល់ ១-២សប្តាហ៍ម្តង រហូតដល់វាមានតម្លៃធម្មតា
  - បន្ទាប់មកត្រូវផ្តើម EMB សារឡើងវិញ បន្ទាប់មក RIF, INH, និង PZA ចន្លោះគ្នា១សប្តាហ៍ម្តងៗ
  - ធ្វើតេស្ត LFTs រៀងរាល់សប្តាហ៍។ បើកើនឡើង ត្រូវឈប់ប្រើឱសថដែលទើបតែ ចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញថ្មីៗ [5] ។
- ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងជំងឺរបេងឡើងវិញបាន២សប្តាហ៍ និង LFTs រក្សាតម្លៃធម្មតា។
- ក្រោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថ ARVs ឡើងវិញដោយប្រើ EFV និងតាមដានជិតដល់
- បើមានជំងឺរលាកថ្លើម កើតឡើង។
- ត្រូវឈប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំជាតិ។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។

កំណត់ពន្យល់:

1. អ្នកជំងឺមានរលាកថ្លើមបេ និង/ឬ Cរ៉ាំរ៉ៃ រលាកថ្លើមសេតិងាយនឹងមានរលាកថ្លើមបង្កដោយឱសថរបេង និងឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ។

2. រោគសញ្ញារលាកថ្លើមមាន: ខាន់លឿង sclera icterus ចង្អោរ/ក្អួត ឈឺកន្លៀតក្អមខាងស្តាំ (right upper quadrant pain) មិនឃ្លាន (anorexia) គ្រុនក្តៅ ។

3. ការតាមដានឱ្យបានជិតដល់មានន័យថា ត្រូវពិនិត្យមើលអ្នកជំងឺ និងឆែកមើល LFTs រៀងរាល់១-២អាទិត្យម្តង ។

4. ពិនិត្យមើលតារាងឱសថរបស់អ្នកជំងឺ (patient's drug list) ដើម្បីផាត់ចោលនូវឱសថណាមិនសំខាន់ ដែលធ្វើឱ្យមាន ការពុលថ្លើម (non-essential hepatotoxic medication) ។ ត្រូវបញ្ឈប់ fluconazole បើសិនជាការប្រើប្រាស់របស់វា គ្រាន់តែជា ការបង្ការបឋមប៉ុណ្ណោះ (primary prophylaxis) ។

5. ជូនកាល LFTs នឹងត្រឡប់មក ធម្មតាវិញ ដោយវិធីសាស្រ្តនៃការចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំរបេងឡើងវិញនេះ ។ ឱសថដែលទំនងជា បង្ករឱ្យ ALT/AST មានការកើនឡើង គឺមាន PZA និង INH ។ កាកើនឡើង bilirubin ជានិច្ចកាលបណ្តាលមកពី រីហ្វំពីស៊ីន ។ គ្រូពេទ្យមិនត្រូវជ្រើសរើសយក PZA មកចាប់ផ្តើមទេ ក្នុងករណីនេះ ។ ក៏ប៉ុន្តែបើសិនជា INHឬ RFM ប្រាកដជាមូលហេតុនោះ រយៈពេលនៃការព្យាបាលអាចត្រូវការកើនឡើង ហើយត្រូវជំនួសដោយឱសថណាដែលមិនសូវមានការពុលថ្លើមផង ។ ការផ្តល់ យោបល់របស់អ្នកជំនាញត្រូវយកមកពិចារណា ។

LFTs ក៏អាចមានការកើនឡើងដែរបន្ទាប់ពីមាន IRIS ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរលាកថ្លើម B និង/ឬ Cរ៉ាំរ៉ៃ និងអាចត្រឡប់មកធម្មតាវិញក្នុង រយៈពេលច្រើនខែក្រោយមក ។

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៧ ជំងឺតម្រងនោម

តាមដានការប្រែប្រួលនៃ eGFR ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការកែសម្រួលកម្រិតដូសឱសថបន្ថែមទៀត នៅពេលក្រោយ ។

តារាងទី៤៧-១ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថលើអ្នកជំងឺខ្សោយតម្រងនោម[៦៨]

<table>
<tr><th>Drug</th><th colspan="5">reatinine clearance (CrCl, in ml/min) or eGFR</th></tr>
<tr><td colspan="6">ARVs</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3TC</td><td>Clearance >50</td><td>Clearance 30–49</td><td>Clearance 15–29</td><td>Clearance 5–14</td><td>Clearance <5</td></tr>
<tr><td>150 mg bd or 300 daily</td><td>150 mg daily</td><td>150 mg stat then 100 mg daily</td><td>150 mg stat then 50 mg daily</td><td>50 mg stat then 25 mg daily</td></tr>
<tr><td rowspan="2">d4T</td><td colspan="2">Clearance >50</td><td>Clearance 25–50</td><td colspan="2">Clearance 10–25</td></tr>
<tr><td colspan="2">30 mg bd</td><td>15 mg bd</td><td colspan="2">15 mg daily</td></tr>
<tr><td>Drug</td><td colspan="2">Cr clearance/eGFR >50
Give usual dose</td><td>Cr clearance/eGFR 10–50
Dose or % of usual dose</td><td colspan="2">Cr clearance/eGFR <10
Dose or % of usual dose</td></tr>
<tr><td>AZT</td><td colspan="2">300 mg bd</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">300 mg daily</td></tr>
<tr><td>TDF</td><td colspan="2">300 mg nocte</td><td>AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>abacavir</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>nevirapine</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>efavirenz</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>PIs</td><td colspan="2">No adjustment needed</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td colspan="6">Anti-hypertensives</td></tr>
<tr><td>enalapril</td><td colspan="2">2.5–10 mg bd</td><td>75–100%</td><td colspan="2">50%</td></tr>
<tr><td>atenolol</td><td colspan="2">25–50 mg daily</td><td>50%</td><td colspan="2">25%</td></tr>
<tr><td>HCTZ</td><td colspan="2">12.5–25mg daily</td><td>100%</td><td colspan="2">avoid</td></tr>
<tr><td>amlodipine</td><td colspan="2">5–10 mg daily</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td>doxazosin</td><td colspan="2">2–4 mg daily</td><td>No adjustment needed</td><td colspan="2">No adjustment needed</td></tr>
<tr><td colspan="6">Diabetic meds</td></tr>
<tr><td>gliclazide.</td><td colspan="2">40–80 mg bd</td><td>AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>gliben-clamide</td><td colspan="2">2.5–5 mg bd</td><td>AVOID</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
<tr><td>metformin</td><td colspan="2">500–1000 mg bd</td><td>25%</td><td colspan="2">AVOID</td></tr>
</table>

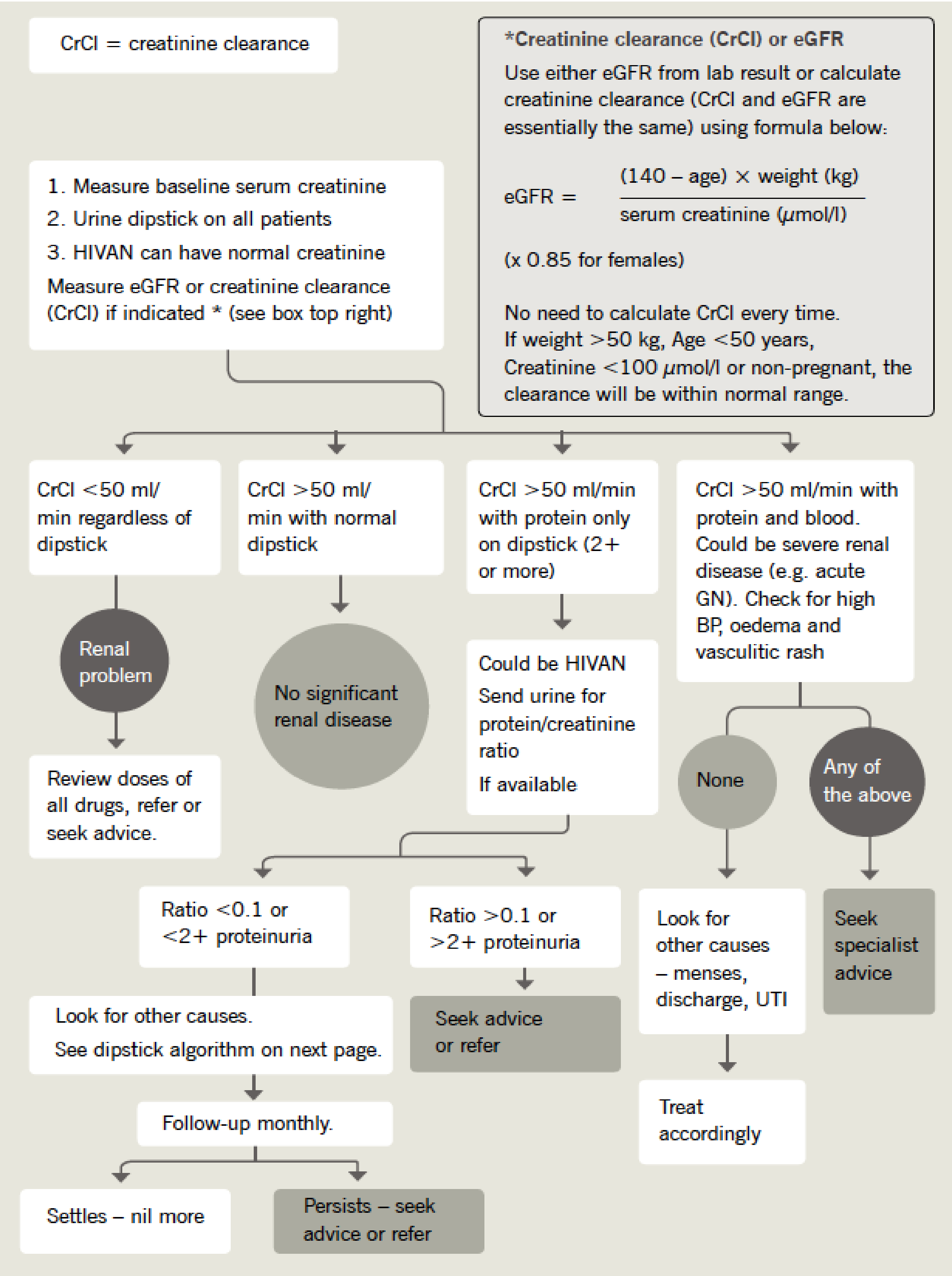
[៦៨] គ្រប់តារាង និងគំនូសបំប្រួញ របស់តំរងនោម ត្រូវបានចម្លងពីគោលការណ៍ណែនាំ គ្លីនិក របេង-អេដស៍ របស់អង្គការ MSF ឆ្នាំ ២០១៥។ សេចក្តីបន្ថែម២៥និង២៦។

Anti-fungals			
fluconazole	200–400 daily	50%	50%
itraconazole	100–200 bd	100%	50% IV form contraindicated
Anti-virals			
acyclovir	200–800mg 4–12 hourly	100%	200 mg bd
Drug	Creatinine clearance or eGFR		
	>50 Give usual dose	10-50 Dose or % of usual dose	<10 Dose or % of usual dose
Antibiotics			
amoxycillin	250–1000 mg tds	Every 8–12 hours	Every 24 hours
azithromycin	500 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ceftriaxone	1–2 g daily	No adjustment needed	No adjustment needed
clarithromy-cin	250–500 mg bd	50%–100%	50%
ciprofloxacin	250–750 mg bd	50%–75%	50%
clindamycin		No adjustment needed	No adjustment needed
co-trimoxazole prophylaxis	2 tabs daily (480 mg tabs)	No adjustment needed	No adjustment needed
co-trimoxazole treatment	2 bd–4 qid (480 mg tabs)	50%	Seek advice
erythromycin		No adjustment needed	No adjustment needed
linezolid		No adjustment needed	No adjustment needed
moxifloxacin	400 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ofloxacin	200–400 mg bd	Daily dose	Daily dose
penicillin g	0.5–4 MU 4–6 hourly	75%	25%
TB drugs see separate document below			
Miscellaneous			
NSAIDs	AVOID	AVOID	AVOID
metoclopra-mide	10 mg tds	75%	50%
omeprazole	20–40 mg daily	No adjustment needed	No adjustment needed
ranitidine	150–300 mg nocte	50%	25%

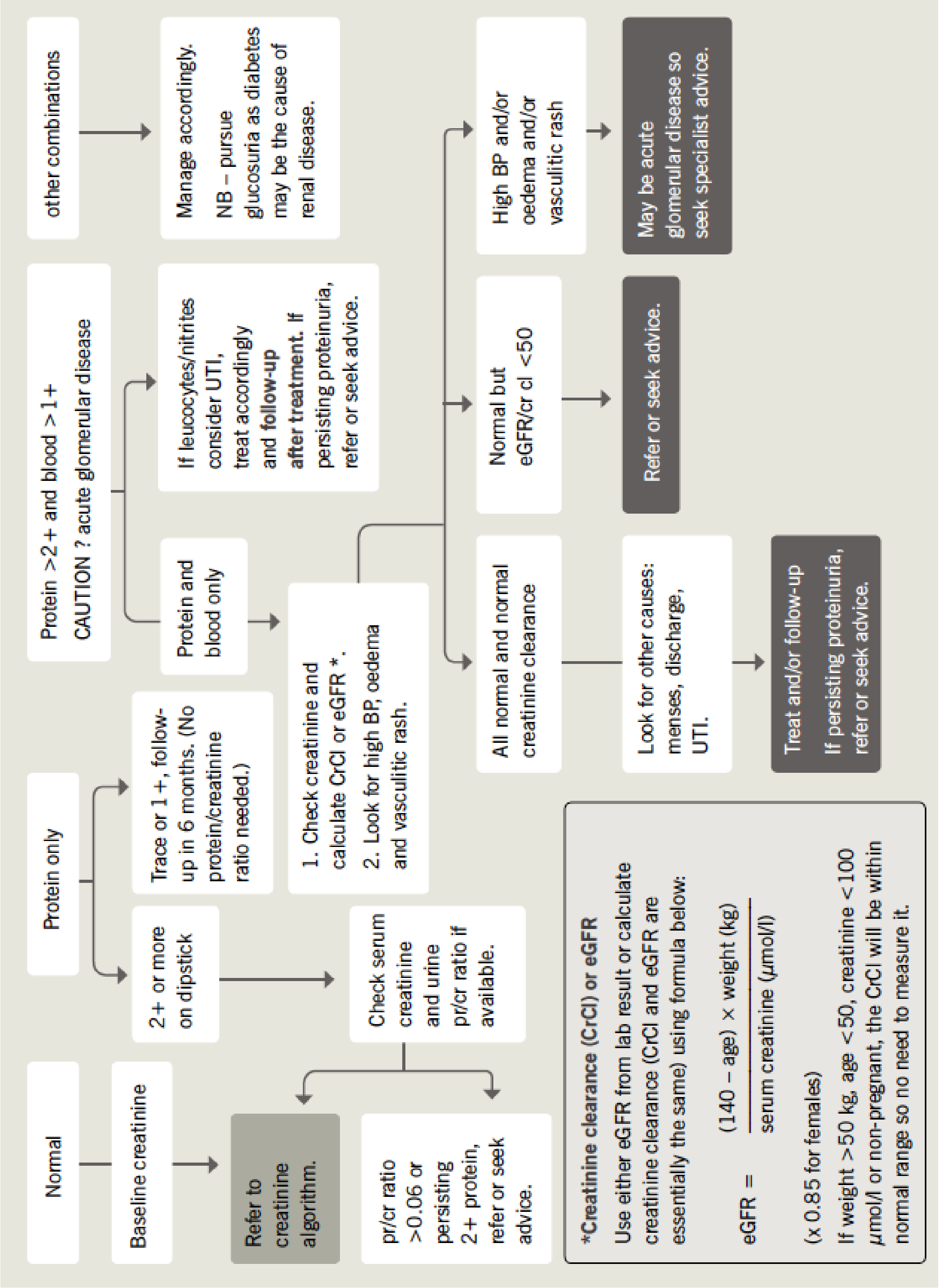
តារាងទី ៤៧-២ ការកែតម្រូវកម្រិតដូសឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង នៅពេល *Cr Clearance* < ៣០ *mmol/min*

Drug frequency	Change in frequency when CrCl <30 ml/min	Recommended dose and frequency for patients with creatinine
isoniazid	No change	300 mg once daily, or 900 mg 3 x week
rifampicin	No change	600 mg once daily, or 600 mg 3 x week
pyrazinamide	Yes	25–35 mg/kg/dose 3 x week
ethambutol	Yes	15–25 mg/kg/dose 3 x week
ofloxacin	Yes	600–800 mg/kg/dose 3 x week
moxifloxacin	No change	400 mg once daily
terizidone	Yes	250 mg once daily, or 500 mg 3 x week
ethionamide	No change	250–500 mg/dose daily
PAS	No change	4 g/dose, twice daily
streptomycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week
capreomycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week
kanamycin	Yes	12–15 mg/kg/dose 2 or 3 x week

រូបភាពទី ៨៧-១ គំនូសបំព្រួញនៃការវាយតម្លៃ *Creatinine*



រូបភាពទី ៤៧-២ គំនូសបំព្រួញអំពីការពិនិត្យទឹកនោម ដោយ *dipstick*



ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៨ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

រូបភាពទី ៤៨-១ ពីរ៉ាមីតរបបអាហារសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី២ (ដកស្រង់ពី *Mopotsyo organisation)*

ឧបសម្ព័ន្ធ ៤៩ សុខភាពផ្លូវចិត្ត

រូបភាពទី៤៩-១ រោគសញ្ញាដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់នៃស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត[៦៩]

mhGAP-IG Master Chart: Which priority condition(s) should be assessed?

1. These common presentations indicate the need for assessment.
2. If people present with features from more than one condition, then all relevant conditions need to be assessed.
3. All conditions apply to all ages, unless otherwise specified.

COMMON PRESENTATION	CONDITION TO BE ASSESSED	GO TO
• Low energy; fatigue; sleep or appetite problems • Persistent sad or anxious mood; irritability • Low interest or pleasure in activities that used to be interesting or enjoyable • Multiple symptoms with no clear physical cause (e.g. aches and pains, palpitations, numbness) • Difficulties in carrying out usual work, school, domestic or social activities	Depression *	DEP
• Abnormal or disorganized behaviour (e.g. incoherent or irrelevant speech, unusual appearance, self-neglect, unkempt appearance) • Delusions (a false firmly held belief or suspicion) • Hallucinations (hearing voices or seeing things that are not there) • Neglecting usual responsibilities related to work, school, domestic or social activities • Manic symptoms (several days of being abnormally happy, too energetic, too talkative, very irritable, not sleeping, reckless behaviour)	Psychosis *	PSY
• Convulsive movement or fits/ seizures • During the convulsion: – loss of consciousness or impaired consciousness – stiffness, rigidity – tongue bite, injury, incontinence of urine or faeces • After the convulsion: fatigue, drowsiness, sleepiness, confusion, abnormal behaviour, headache, muscle aches, or weakness on one side of the body	Epilepsy / Seizures	EPI
• Delayed development: much slower learning than other children of same age in activities such as: smiling, sitting, standing, walking, talking/ communicating and other areas of development, such as reading and writing • Abnormalities in communication; restricted, repetitive behaviour • Difficulties in carrying out everyday activities normal for that age	Developmental Disorders Children and adolescents	DEV
• Excessive inattention and absent-mindedness, repeatedly stopping tasks before completion and switching to other activities • Excessive over-activity: excessive running around, extreme difficulties remaining seated, excessive talking or fidgeting • Excessive impulsivity: frequently doing things without forethought • Repeated and continued behaviour that disturbs others (e.g. unusually frequent and severe temper tantrums, cruel behaviour, persistent and severe disobedience, stealing) • Sudden changes in behaviour or peer relations, including withdrawal and anger	Behavioural Disorders Children and adolescents	BEH
• Decline or problems with memory (severe forgetfulness) and orientation (awareness of time, place and person) • Mood or behavioural problems such as apathy (appearing uninterested) or irritability • Loss of emotional control – easily upset, irritable or tearful • Difficulties in carrying out usual work, domestic or social activities	Dementia Older people	DEM
• Appearing to be under the influence of alcohol (e.g. smell of alcohol, looks intoxicated, hangover) • Presenting with an injury • Somatic symptoms associated with alcohol use (e.g. insomnia, fatigue, anorexia, nausea, vomiting, indigestion, diarrhoea, headaches) • Difficulties in carrying out usual work, school, domestic or social activities	Alcohol Use Disorders	ALC
• Appearing drug-affected (e.g. low energy, agitated, fidgeting, slurred speech) • Signs of drug use (injection marks, skin infection, unkempt appearance) • Requesting prescriptions for sedative medication (sleeping tablets, opioids) • Financial difficulties or crime-related legal problems • Difficulties in carrying out usual work, domestic or social activities	Drug Use Disorders	DRU
• Current thoughts, plan or act of self-harm or suicide • History of thoughts, plan or act of self-harm or suicide	Self-harm / Suicide	SUI

[៦៩] mhGAP Intervention Guide. World Health Organization 2010

ឧបសម្ព័ន្ធ ៥០ អំពី PEP

តារាងទី៥០-១ ទម្រង់នៃការមកពិនិត្យពិគ្រោះជំងឺ និងទម្រង់របាយការណ៍អំពី PEP របស់ NCHADS

សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពី PEP និងអនុវត្តការថែទាំព្យាបាល PEP ជាជំហានៗ។	
ព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រជាសាស្ត្រ ឈ្មោះ ____________________________ ថ្ងៃកំណើត ___/___/______ អាយុ:	លេខទូរស័ព្ទ:________________________ ភេទ: លេខគ្លីនិក: កាលបរិច្ឆេទការពិនិត្យដំបូង ___/___/______
ប្រភេទនៃការប្រឈម ការងារ ☐ ដៃគូដែលម្នាក់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ☐ ជនរងគ្រោះនៃការរំលោភផ្លូវភេទ ☐	**កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឈម** កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឈម ___/___/______ ម៉ោងនៃការប្រឈម _______ ចំនួនម៉ោងពីពេលប្រឈម រហូតបានទទួល PEP________

ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលប្រភព (ប្រសិនបើមានមេរោគអេដស៍ អវិជ្ជមាន មិនត្រូវចាប់ផ្តើម / ឬ បញ្ឈប់ PEP នៅពេលដែលបានដឹង)
នៅពេលបង្ហាញខ្លួន : វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____
ប្រសិនបើជាអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ តើបានទទួលឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ART) ? បាន____ មិនទាន់បាន____មិនដឹង____
កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍(ART) ___ / ___ / ______
លទ្ធផល បរិមាណមេរោគអេដស៍(VL) ចុងក្រោយបំផុត _______កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______
តើបុគ្គលប្រភព អាចរកឃើញនិងបញ្ជូនឱ្យមកធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ? បាន___ ទេ___
តើបុគ្គលប្រភពមានហានិភ័យចម្លងមេរោគអេដស៍ ខ្ពស់ ?(អាចនឹងមាន នៅក្នុងរយ:ពេលចំហរ?) បាទ/ចាស___ ទេ___
តាមដានលទ្ធផលតេស្តរកមេរោគអេដស៍របស់បុគ្គលប្រភព: វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____
កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______

ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់អ្នកប្រឈម (ប្រសិនបើមាន ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ មិនបាច់ចាប់ផ្តើម PEP / ឬ បញ្ឈប់ PEP នៅពេលដែលបានដឹង)
នៅពេលបង្ហាញខ្លួន: វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង____
ធ្លាប់បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ? ធ្លាប់___ មិនធ្លាប់___ កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______
ធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ ពេលប្រឈម(baseline) : វិជ្ជមាន__ អវិជ្ជមាន___មិនដឹង___
កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______
ការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ក្រោយពេលប្រឈម៣ខែ : វិជ្ជមាន____ អវិជ្ជមាន____មិនដឹង_______
កាលបរិច្ឆេទ ___ / ___ / ______

១. ប្រភេទនៃការប្រឈម : (ដោយសារការបំពេញ)**ការងារ** គ្រឹះស្ថានផ្តល់សេវាសុខាភិបាល មុតជ្រៅដោយម្ជុលប្រលាក់មេរោគ មានប្រហោង : □ ការប្រឈមដោយចាក់/មុត ផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ឈាម សារធាតុរាវរាងកាយ : □ ភ្នាស Mucusបានប្រឈម/ប៉ះពាល់ : □ រៀបរាប់អំពីការប្រឈម:
២. ប្រភេទនៃការប្រឈម : ដៃគូដែលម្នាក់ផ្ទុកមេរោគអេដស៍ (discordant couple) ការរួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល □ ការរួមភេទតាមរន្ធគូថជាកន្លែងទទួល □ រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួលដោយមានបញ្ចេញទឹកកាម □ ការរួមភេទតាមទ្វារមាសដោយស៊ិកបញ្ចូល □ ការរួមភេទដោយស៊ិកបញ្ចូលតាមរន្ធគូថ □ ប្រើស្រោមអនាម័យ ? បានប្រើ___ មិនបានប្រើ___ មិនដឹង____ បែកស្រោមអនាម័យ ? បែក___ មិនបែក___ មិនដឹង____ បានប្រឈមនឹងបុរសដែលបានកាត់ស្បែកគ្របលិង្គ ? បាទ/ចាស ___ ទេ___ ភស្តុតាងនៃការរបួស;ការហូរឈាម ឬ ការដាច់ស្រទាប់ភ្នាស mucus? បាទ/ចាស___ ទេ__ មិនដឹង____ រៀបរាប់អំពី ការប្រឈម/ប៉ះពាល់:
៣. ប្រភេទនៃការប្រឈម : ជនរងគ្រោះនៃការរំលោភផ្លូវភេទ រួមភេទតាមទ្វារមាសជាកន្លែងទទួល□ រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួល □ រួមភេទតាមមាត់ជាកន្លែងទទួលដោយមានការបញ្ចេញទឹកកាម □ ប្រើស្រោមអនាម័យ? បានប្រើ___ មិនបានប្រើ___ មិនដឹង____ បែកស្រោមអនាម័យ ? បានបែក___ មិនបានបែក___ មិនដឹង____ ភស្តុតាងនៃការរបួស;ការហូរឈាម ឬការ ដាច់ស្រទាប់ភ្នាស mucus? បាទ/ចាស___ ទេ__ មិនដឹង____ ចំនួននៃជនល្មើស ? ________ រៀបរាប់អំពីការប្រឈម/ប៉ះពាល់:
យោងតាមគ្លីនិក តើតម្រូវឱ្យផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍(PEP) ឬទេ? **បាទ/ចាស___ ទេ___** ការរៀបរាប់:
អ្នកជំងឺបានទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា និងបានយល់ព្រមជាពាក្យសម្តី ចំពោះ **PEP** ? បាទ/

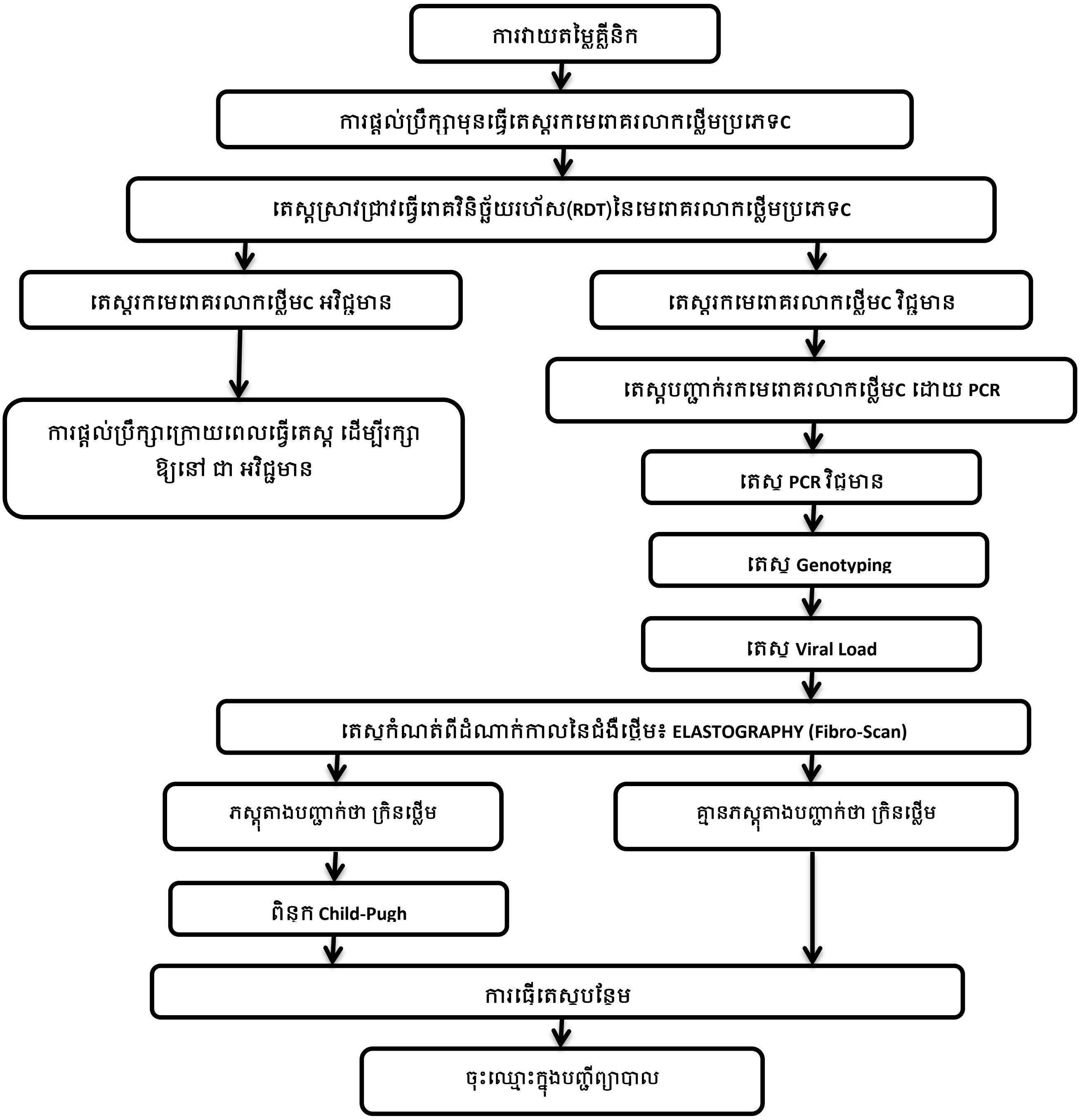
ចាស___ ទេ___
របមន្ត ARVs ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា: TDF + 3TC+ ATV/r ☐ ថ្នាំផ្សេងទៀត/រៀបរាប់
ពេលដែលលេបកម្រិតដូសថ្នាំដំបូង? (ផ្តល់ឲ្យឆាប់បំផុតនៅពេលកំពុងផ្តល់ការពិគ្រោះយោបល់) ________
ប្រសិនប្រឈមដោយការរួមភេទ (ដៃគូម្ខាងផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ឬ ជនរងគ្រោះពីការរំលោភផ្លូវភេទ) ការពន្យាកំណើតបន្ទាន់: បានផ្តល់ឲ្យ_____ បានបដិសេធ______មិនតម្រូវផ្តល់ឲ្យ______________ ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ: បានផ្តល់ឲ្យ_____ បានបដិសេធ______មិនតម្រូវផ្តល់ឲ្យ______________ ការបញ្ជូនទៅរកការគាំទ្រផ្លូវចិត្ត?
ការប្រឈមនឹងការឆ្លងផ្សេងៗទៀត: ប្រភព មាន HBV+ : បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ អ្នកប្រឈម? បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ ប្រភព មាន HCV+ : បាទ/ចាស_____ ទេ_____ មិនដឹង_____ អ្នកប្រឈម? បាទ/ចាស____ ទេ____ មិនដឹង____ តម្រូវឲ្យចាក់វ៉ាក់សាំង តេតានុស(Tetanus vaccination)? បាទ/ចាស_____ ទេ_____ បានផ្តល់ឲ្យ? ☐
បានពន្យល់ពីតម្រូវការការព្យាបាលបង្ការលើកទី២ ☐
ការណាត់ជួបតាមដាន (បញ្ជាក់ពីសារសំខាន់របស់វា) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______
ហត្ថលេខា របស់វេជ្ជបណ្ឌិត
ការណាត់ជួប ពិគ្រោះយោបល់ (៣ – ៨ថ្ងៃ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/_______ បានមកជួប? ☐ បើមិនបានមក → ត្រូវប្រាប់ដល់អ្នកគ្រប់គ្រង ករណីសកម្ម
ការណាត់ជួបពិគ្រោះយោបល់ (៣ – ៨ថ្ងៃ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ ផលប៉ះពាល់របស់ថ្នាំ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់: ការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់: បានធ្វើតេស្តឈាមចំពោះបុគ្គលប្រភព ? ☐ លទ្ធផល_______ (ប្រសិនបើ HIV អវិជ្ជមាន, បញ្ឈប់ PEP) បានធ្វើតេស្តឈាមចំពោះអ្នកប្រឈម? ☐ លទ្ធផល_______ (ប្រសិនបើ HIV វិជ្ជមាន, បញ្ឈប់ PEP) បន្ត PEP? បាទ/ចាស____ ទេ____ សូមពន្យល់: របមន្តថ្នាំដូចគ្នា(ដដែល)? បាទ/ចាស____ ទេ____ សូមពន្យល់:

ការណាត់ជួបពិគ្រោះយោបល់: (បញ្ជាក់ពីសារសំខាន់របស់វា) : កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______	
ហត្ថលេខា របស់វេជ្ជបណ្ឌិត	

ការណាត់ជួលើកក្រោយ(៣ខែ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ បានមកជួប? □ បើមិនបានមក → ត្រូវប្រាប់ដល់អ្នកគ្រប់គ្រង ករណីសកម្ម	
ការណាត់ជួលើកក្រោយ(៣ខែ) កាលបរិច្ឆេទ ___/___/______ ការលេបថ្នាំទាំងអស់សំរាប់ PEP បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់និងជាប់លាប់ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់ : រោគសញ្ញាឬ សញ្ញាដែលអាចឆ្លងមេរោគអេដស៍ស្រួចស្រាវ ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់ : បានធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍ □ (បំពេញ ផ្នែកលទ្ធផលលើទំព័រមុខ) ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺកាមរោគ □ HBV Ab □ HCV Ab □ តេស្តផ្ទៃពោះ□ តម្រូវឲ្យតាមដាន ? បាទ/ចាស____ ទេ____ រៀបរាប់ :	
ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត	

ឧបសម្ព័ន្ធ៥១ អំពីគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរលាកថ្លើម ប្រភេទ C

រូបភាពទី៥១ -១ គំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការវាយតម្លៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ *C*



គំនូសបំព្រួញខាងលើបង្ហាញពី គំនូសបំព្រួញស្តង់អន្តរជាតិនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនាពេលបច្ចុប្បន្ន ហើយគំនូសបំព្រួញនឹងត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនិងកែសម្រួលស្របតាមស្ថានភាពប្រទេសកម្ពុជា នៅពេលដែលមានព័ត៌មានបន្ថែមទៀត និងការប្រើប្រាស់ DAAs ដែលជាដំណើរការមួយសាមញ្ញ ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល។

ឧបសម្ព័ន្ធ៥២ តារាងអំពី អន្តរប្រតិកម្មឱសថ របស់ WHO

តារាង៥២-១ អន្តរប្រតិកម្មសំខាន់ៗ នៃឱសថ ប្រឆាំងមេរោគអេដស៍និងអនុសាសន៍សំរាប់គ្រប់គ្រងព្យាបាល

ឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	អន្តរប្រតិកម្មសំខាន់ៗ	អនុសាសន៍សំរាប់ គ្រប់គ្រងព្យាបាល
AZT	Ribavirin and peg-interferon alfa-2a	ជំនួស AZT ដោយ TDF
Boosted PI (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	Rifampicin	ជំនួស rifampicin ដោយ rifabutin កែតម្រូវកម្រិតដូស LPV/r ឬ ជំនួសដោយ 3NRTIs (សម្រាប់ ក្មេង)
	Halofantrine and lumefantrine	ប្រើឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ ប្រភេទផ្សេងទៀតជំនួស
	Lovastatin and simvastatin	ប្រើឱសថបញ្ចុះខ្លាញ់ក្នុងឈាម ប្រភេទផ្សេងទៀត ជំនួស
	Hormonal contraceptives	ប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតផ្សេងទៀតជំនួស ឬ មធ្យោបាយពន្យាកំណើតបន្ថែមទៀត
	Methadone and buprenorphine	កែតម្រូវកម្រិតដូស methadone and buprenorphine ឱ្យបានសមស្រប
	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀតជំនួស
	TDF	ត្រួតពិនិត្យ មុខងារ តំរងនោម
	Simeprevir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Carbamazepine, phenobarbital and phenytoin	ប្រើ ឱសថ ប្រឆាំងការប្រកាច់ (anticonvulsant)ផ្សេងទៀត ជំនួស
	ផលិតផល Polyvalent cation ដែលមាន Mg, Al, Fe, Ca	ប្រើ DTG យ៉ាងហោចណាស់២ម៉ោងមុន ឬយ៉ាងហោចណាស់៦ម៉ោង

DTG	and Zn	ក្រោយ ប្រើផលិតផលដែលមាន polyvalent cations, រួមមាន(តែមិនកំណត់ត្រឹមផលិតផលរៀបរាប់ខាងក្រោម): Fe, Ca-, Mg- or Zn-multivitamin supplements; cation-ដែលមានសារជាតិបញ្ចុះលាមកនិង Al-, Ca- ឬ Mg- ដែលមានសារជាតិប្រឆាំងអាស៊ីត . ត្រូវពិនិត្យប្រសិទ្ធិភាពលើវីរុស(virologic efficacy).
EFV	Amodiaquine	ប្រើឱសថប្រឆាំងគ្រុនចាញ់ ប្រភេទផ្សេងទៀតជំនួស
	Methadone	កែតម្រូវកម្រិតដូស methadone ឱ្យបានសមស្រប
	Hormonal contraceptives	ប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតផ្សេងទៀតជំនួស ឬ មធ្យោបាយ ពន្យាកំណើតបន្ថែមទៀត
	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀតជំនួស
	Simeprevir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
NVP	Astemizole and terfenadine	ប្រើ ឱសថ antihistamine ផ្សេងទៀតជំនួស
	Rifampicin	ជំនួស NVP ដោយ EFV
	Itraconazole and ketoconazole	ប្រើឱសថ ប្រឆាំងមេរោគផ្សិតផ្សេងទៀត ជំនួស
	Simeprevir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស
	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir + dasabuvir	ប្រើ DAAផ្សេងទៀត ជំនួស

ប្រភព: តារាងនេះត្រូវបានបង្កើត ដោយសំអាងលើ តារាងអន្តរកម្មឱសថ របស់សកលវិទ្យាល័យ Liverpool, ដែល អាចរកបានពី www.hiv-druginteractions.org និង www.hep-druginteractions.org . តារាងលំអិតរបស់អន្តរប្រតិកម្ម ឱសថ ARV មាន ក្នុងឧបសម្ព័ន្ធ១៣ របស់ WHO Clinical Guidelines: Antiretroviral Therapy 2015 ដែលនឹងផ្សព្វផ្សាយនៅNew York ខែមិថុនា២០១៦.

ឯកសារយោង

ឯកសារយោងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជាៈ

- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health Standard Operating Procedures (SOP) for implementing the Three I's in Continuum of Care (coc) Settings. 2010.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National Clinical Guideline for the Management of TB/HIV Co-infection. Khmer 2013. (Unofficial English version 2008)
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Programmatic Management of Drug-resistant TB in Cambodia Technical and Operational Guidelines. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health, Standard tuberculosis treatment regimens. CENAT 2011.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedures for HIV Testing and Counseling (HTC). NCHADS. 2012.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedure for Implementation of the Boosted Linked Response between HIV and SRH for Elimination of New Pediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Cambodia. MCH and NCHADS. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidelines for Management of Common and Opportunistic Infections in HIV-infected Infants, Children and Adolescents in Cambodia. NCHADS. DRAFT. September 2015.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidelines for Diagnosis and Antiretroviral Treatment of HIV Infection in Infants, Children and Adolescents in Cambodia. NCHADS. DRAFT. September 2015.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Guidance note on integrated case management and partner tracing and HIV testing for Cambodia 3.0 Initiative. NCHADS. 2013.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Standard Operating Procedure for Clinical Mentoring for Quality Improvement within Pre-ART and ART Services for Adults and Children in Cambodia. NCHADS. 2014.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. National guidelines on sexually transmitted infections (STI) and reproductive tract infections (RTI) case management. 2010 module 6 ch 6 p 217 – 222.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Concept Note on Treatment as Prevention (TasP) as a Strategy for Elimination of New HIV Infections in Cambodia. NCHADS. 2012.
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Clinical practice guidelines. Arterial Hypertension in adult. A Continuum of Care for Hypertensive Patients both with and without complications at NCD clinics/rhs. Bureau for NCD Prevention & Control department of preventive medicine. 2015
- Kingdom of Cambodia, Ministry of Health. Clinical practice guidelines. Type 2 diabetes. A continuum of care for diabetes patients both with and without complications at NCD clinics/rhs Bureau for NCD Prevention & Control department of preventive medicine 2015.
- Kingdom of Cambodia. Ministry of Health. University of Health Sciences. Prevalence of Non-communicable disease risk factors in Cambodia. STEPS Survey Country Report, September 2010.

ឯកសារយោងរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក:

- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. WHO June 2013.
- FRAX©WHO Fracture Risk Assessment Tool. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield, UK available at http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?Country=57
- Global Database on Body Mass Index an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. World Health Organisation. 2015 available at http://apps.who.int/bmi/index.jsp?Intropage=intro_3.html
- Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organisation. December 2014.
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. World Health Organisation. September 2015.
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. World Health Organisation. March 2015.
- Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource- constrained settings. World Health Organisation. 2011.
- Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. World Health Organization. 2014.
- Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. 2014 Guidance Statement. World Health Organization. 2014.
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. World Health Organisation. 2013
- Implementation tools: package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. World Health Organisation 2013.
- March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organisation. March 2013.
- mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health setting. Mental Health Gap Action Programme 2010. World Health Organization
- Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS: a training course. World Health Organization 2009.
- Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation, World Health Organization, Geneva, 13-15 May 2003
- Post-exposure prophylaxis to prevent hiv infection Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. World Health Organisation 2007.
- Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings. World Health Organisation. 2012.
- Rapid Advice Diagnosis, Prevention and Management of Cryptococcal Disease in HIV – infected Adults, Adolescents and Children. World Health Organisation. December 2011.

- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: Clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. World Health Organization; 2010.
- The treatment of diarrhoea. A manual for physicians and other senior health workers. World Heath Organization. 2005.
- Treatment of Tuberculosis guidelines 4th Edition, World Health Organisation. 2010
- WHO Cambodia TB Profile 2013 available at https://extranet.who.int/sree/Reports?Op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/tbcountryprofile&ISO2=KH&outtype=html

គោលការណ៍ណែនាំ និងឧបករណ៍ បន្ថែម:

- Hoy J et al. Alfred Hospital HIV Service Guidelines for the Screening and Management of HIV related Co-Morbidities. V 1.4. September 2013.
- HIV TB Clinical Guide 8th edition. Médecins Sans Frontières. 2015.
- HIV, viral hepatitis & STIs. A guide for primary care. Australasian Society for HIV Medicine (ASHM).2014.
- Johns Hopkins POC-IT Antibiotic (ABX Guide) © 2000-2015, The Johns Hopkins University.
- Medicines Sans Frontieres and Partners in Health. Tuberculosis: Practical Guide for clinicians, nurses, laboratory technicians, and medical auxiliaries. 2014.
- MIMS. http://www.mims.com.au
- Panel on Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. 2015. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf.
- Post-Exposure Prophylaxis after Non-Occupational and occupational exposure to HIV National Guidelines. Australasian Society for HIV Medicine (ASHM) 2013. Available at www.ashm.org.au.
- Sanford Guide to Antimicrobial therapy. 45th Edition. 2015
- TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014.
- Untangling the web of antiretroviral price reductions. 17th Edition. MSF. July 2014 available at www.msfaccess.org/utw17
- Www.hivdruginteractions.org/ .The University of Liverpool. 2015.

គោលការណ៍ណែនាំរបស់ប្រទេសផ្សេងៗ៖

- Manosuthi W et al. Guidelines for antiretroviral therapy in HIV-1 infected adults and adolescents 2014, Thailand. AIDS Research and Therapy (2015) 12:12

- National consolidated guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) and the management of HIV in children, adolescents and adults. National department of health. South Africa, April 2015. www.doh.gov.za.

ឯកសារយោងផ្សេងទៀត:

- Barennes H et al. Virological Failure and HIV-1 Drug Resistance Mutations among Naive and Antiretroviral Pre-Treated Patients Entering the ESTHER Program of Calmette Hospital in Cambodia. PLOS One. August 2014. Volume 9 (8) e105736.
- Blanc F.X et al. Earlier versus Later Start of Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Adults with Tuberculosis. N Engl J Med 2011;365:1471-81.
- Boulware D R et al (COAT Trial Team). Timing of Antiretroviral Therapy after Diagnosis of Cryptococcal Meningitis. N Engl J Med 2014;370:2487-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1312884
- Haddow LJ, Floyd S, Copas A, Gilson RJC (2013) A Systematic Review of the Screening Accuracy of the HIV Dementia Scale and International HIV Dementia Scale. PLoS ONE 8(4): e61826. doi:10.1371/journal.pone.0061826
- Kamminga J et al. Validity of Cognitive Screens for HIV-Associated Neurocognitive Disorder: A Systematic Review and an Informed Screen Selection Guide. Curr HIV/AIDS Rep (2013) 10:342–355
- Micol R et al. Prevalence, Determinants of Positivity, and Clinical Utility of Cryptococcal Antigenemia in Cambodian HIV-Infected Patients. J Acquir Immune Defic Syndr 2007;45:555–559.
- MoPoTsyo Patient Information Centre. Annual Report 2013 (and Diabetes food pyramid).
- Kwan C K et al. Utility of Cryptococcal Antigen Screening and Evolution of Asymptomatic Cryptococcal Antigenemia among HIV-Infected Women Starting Antiretroviral Therapy in Thailand. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care 2014, Vol. 13(5) 434–437
- Govender NP et al. Southern African HIV Clinicians Society. Guideline for the prevention, diagnosis and management of cryptococcal meningitis among HIV-infected persons:2013 update. JUNE 2013, Vol. 14, No. 2 SAJHIVMED.
- Sacktor NC, Wong M, Nakasujja N, et al. The International HIV Dementia Scale: A new rapid screening test for HIV dementia. AIDS 2005;19:1367-1374
- The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. July 20 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816.
- The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. N Engl J Med. July 20 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1507198
- Uthman O.A et al. Optimal Timing of Antiretroviral Therapy Initiation for HIV-Infected Adults With Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Internal Medicine • Vol. 163 No. 1 • 7 July 2015
- Walls G, et al. Drug-resistant tuberculosis in HIV-infected patients in a national referral hospital, Phnom Penh, Cambodia. Glob Health Action 2015, 8: 25964 http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25964